



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**MARIANA RODRIGUES DA SILVA
NICOLE BONACOLSI**

**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM NO CUIDADO DO
PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO: uma revisão integrativa**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

**MARIANA RODRIGUES DA SILVA
NICOLE BONACOLSI**

**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM NO CUIDADO DO
PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO: uma revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza

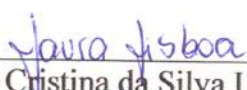
**FLORIANÓPOLIS
2011**

**MARIANA RODRIGUES
NICOLE BONACOLSI**

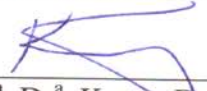
**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM NO
CUIDADO AO PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO
HOSPITALIZADO: uma revisão integrativa.**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

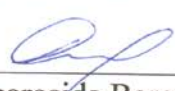
Banca Examinadora



Prof.^a. Dr.^a. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza
Presidente da Banca



Prof.^a. Dr.^a. Kenya Reibnitz
Membro Efetivo



Enf.^a Jaçaniy Aparecida Borges Prudente
Membro Efetivo e Supervisora

Florianópolis, 06 de julho de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

A pesquisa desenvolvida pela acadêmica Mariana Rodrigues e Nicole Bonacolsi, teve como principal objetivo Conhecer as Dificuldades Encontradas pela Enfermagem no Cuidado de Pacientes Oncohematológicos. Para isto, as mesmas desenvolveram uma revisão integrativa em base de dados, em artigos publicados no período de 2005 a 2011.

Utilizaram descritores e temas para a busca e a partir de um processo de três “peneiras” analisaram 07 artigos que se aproximaram da questão norteadora. Porém, com o desenvolvimento do estágio curricular obrigatório da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, perceberam que era necessário unir os achados nos artigos as vivências com a Equipe de Enfermagem da Clínica Médica II do Hospital Universitário/HU/UFSC.

Desta união as contribuições floresceram, e se pode evidenciar a incipiência de artigos nacionais que abordem esta temática, fundamentando exatamente as reais dificuldades que foram vividas na unidade.

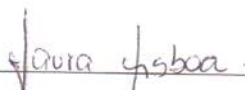
Para minimizar as dificuldades de cuidar de pacientes oncohematológicos, é preciso:

O dimensionamento de pessoal adequado, considerando as mudanças no estado de saúde de cada paciente, ora intermediários, ora semi-intensivos e até intensivos, proteção nos momentos de administração dos quimioterápicos na

unidade, capacitações para a equipe a fim de fundamentar sua prática com as punções de sítios totalmente implantados, construção de protocolo para que a unidade possa ter nortes teóricos para cuidar destes pacientes e suas famílias, mas não apenas com dados sobre medicações, infiltrações, etc., porém com as habilidades necessárias para cada profissional atuar junto ao processo de viver e morrer dos pacientes oncohematológicos. , ter um espaço para reflexão coletiva sobre os casos dos pacientes com os profissionais que convivem mais com os pacientes que estão com prognóstico fechado, desenvolver um processo interativo com os gestores da instituição para a equipe sentir-se amparada em suas fragilidades humanas, com seu excesso de trabalho, desgaste emocional, e ansiedade por um cuidado de excelência.

Assim, diante do exposto, aprovo este estudo que encerra uma etapa da vida destas acadêmicas, que com dedicação e esforço conseguiram contribuir com duas áreas ao mesmo tempo e que considero o norte para a cientificidade da Enfermagem, a união da pesquisa acadêmica com o olhar voltado para o cuidado.

Atenciosamente



Profa. Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza.

Florianópolis, 11/07/2011.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos de Nicole

Agradeço primeiramente a Deus por tornar possível o dom da vida e me proporcionar familiares e amigos tão especiais.

Agradeço aos meus pais por me apoiarem e estarem junto a mim durante toda minha jornada, orientando, dando força, ajudando em todos os momentos e torcendo por mim, sempre!

Agradeço aos meus amigos, que são os irmãos que escolhi e que estiveram comigo compartilhando bons e não tão bons momentos, sempre com alegria e com sorriso no rosto.

Agradeço aos Professores que atuaram durante toda minha graduação, ensinando e mostrando o que é necessário para ser uma Enfermeira capacitada e com bons princípios éticos.

Agradeço à minha orientadora, Professora Laura, que foi extremamente capaz em todos os momentos e se tornou meu maior exemplo profissional.

Agradeço às supervisoras de estágio na Clínica Médica II do HU/UFSC que nos receberam muito bem e passaram todos os conhecimentos possíveis para a nossa formação profissional sempre de forma humana e didática.

Agradeço à minha companheira de estágio, Mariana, que me apoiou e compartilhou todos os momentos ao meu lado.

A todos os citados acima, agradeço imensamente, pois vocês tornaram possível a concretização do meu maior sonho: ser Enfermeira!

Agradecimentos Mariana

Agradeço a Deus por guiar os meus passos todos os dias.

Aos meus pais, os quais amo muito, pelo carinho, apoio e amor incondicional.

A minha irmã Adriana, minha companheira de todas as horas. Obrigada por todos dias compartilhados.

Aos amigos, verdadeiros, pelo apoio, alegrias e conselhos compartilhados.

Agradeço à Enfermeira Jaçany, Clínica Médica II HU\UFSC por sua competência profissional. Agradeço também toda equipe da Clínica Médica II por

nos proporcionar um cenário de aprendizado.

Agradeço a nossa orientadora Enfermeira Laura por sua extrema sensibilidade, humanização, ética, dedicação, apoio incondicional. Por sempre acreditar nos valores de cada um e por ser o nosso porto seguro.

Agradeço também a professora Kenya pela ética e discernimento.

Agradeço minha companheira de estágio, Nicole, pelo apoio nessa caminhada.

Agradeço á todos que de alguma forma fizeram parte dessa caminhada. Cada um sabe o valor que representam na minha vida.

A cada um dessas pessoas especiais citadas ou não, posso dizer que cada um é responsável por esse ciclo que se encerra, mas que uma nova vida começa. Agora uma vida profissional: profissional Enfermeira!

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de pesquisas em artigos publicados nos últimos cinco anos indexados nas bases de dados que tratavam das dificuldades encontradas pelas equipes de Enfermagem que atuam no cuidado de pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico. Para a busca de dados, utilizou-se a terminologia dos descritores em Ciências da Saúde: *Cuidados paliativos, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Oncológica, Câncer, Oncologia, Quimioterapia, Neoplasia, Neoplásicos e quimioterápicos, Cuidados com quimioterapia, Cuidados em hematologia, Hematologia, Dificuldades com quimioterapia*. O estudo foi realizado em maio e junho de 2011. Na análise dos textos, os resultados foram discutidos a partir dos diferentes conceitos, autores que discursam sobre a temática, sendo enriquecido com as percepções das práticas de cuidado experienciadas na Unidade de Clínica Médica II do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Foram acessados 5.680 resumos, que, após análise inicial, resultaram em 26 estudos completos. Em uma terceira avaliação dos mesmos, totalizaram 07 artigos com aproximação do tema em questão. Observou-se predomínio nos cuidados de Enfermagem gerais, com a aplicação da quimioterapia, com as patologias, diminuição de gastos, recursos humanos limitados, sofrimento do profissional ao cuidar do paciente oncológico.

Palavras-Chave: Cuidado de Enfermagem, pacientes oncohematológicos, dificuldades, quimioterapia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Divisão dos leitos por especialidades médicas.....	13
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estimativa dos Casos Novos Masculinos – Santa Catarina/Florianópolis.....	39
Quadro 2: Estimativa dos Casos Novos Femininos – Santa Catarina.....	40
Quadro 3: Estimativa dos Casos Novos - Brasil.....	40
Quadro 4: Estimativas Para o Ano de 2010 de Números de Casos de Câncer, Por Região	40

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE QUADROS.....	10
INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 UMA BREVE EXPLANAÇÃO SOBRE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS ..	17
3.1 CÂNCER: UM BREVE HISTÓRICO.....	17
3.2 CÂNCER: CONCEITO	18
3.3 TIPOS MAIS COMUNS DE CÂNCER DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE, EXPLORADO PELO INCA.....	20
4 TIPOS DE DOENÇAS ONCOHEMATOLÓGICAS MAIS COMUNS DE PACIENTES QUE INTERNAM NA UNIDADE CLÍNICA MÉDICA II DO HU	22
4.1 SISTEMA HEMATOLÓGICO	22
4.2 PERFIL DOS PACIENTES.....	26
5 METODOLOGIA	44
5.1 TIPO DE ESTUDO	44
5.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	45
6 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM NO CUIDADO DO PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	69
ANEXOS	88

INTRODUÇÃO

O Cuidado de Enfermagem ao paciente oncológico tem determinado o investimento em inovações tecnológicas de cuidado, uma vez que estes pacientes, em detrimento dos diagnósticos, terapias e tratamentos com maior suporte, ampliou a sobrevida e reduziu em 20% a mortalidade para diferentes tumores, segundo relatam as pesquisadoras Ferreira, Vieira e Tonon (2010, p. 1059). Esta característica pressupõe que a Enfermagem perceba que precisa acompanhar este avanço do conhecimento e das novas tecnologias, bem como o perfil destes pacientes que, apesar de haver uma sobrevida, não elimina a convivência com a doença e suas particularidades.

Estes avanços tecnológicos estão distribuídos entre as cirurgias, novos antineoplásicos, radioterápicos, e outras terapias menos nocivas aos pacientes. Como consequência, para que se consiga desenvolver um processo de cuidar destes pacientes oncológicos, a Enfermagem está debruçando-se sobre as novidades científicas, a fim de cuidar com maior suporte teórico e competência humana. E, para que estas práticas de cuidado saiam da zona do ideal e passem à zona do real, há preocupações sérias para efetivar este princípio do cuidado humanizado e competente que rege as leis do exercício profissional da Enfermagem (COREN, 2011).

Contextualizando as situações vivenciadas nas unidades de internação de clínica médica, onde muitos pacientes oncohematológicos são hospitalizados, faz com que a equipe de Enfermagem encontre os desafios que se transformam em dificuldades no seu cotidiano de cuidado para estes pacientes, foi então que surgiu a intenção de conhecer o que vêm sendo produzido nesta ótica pelos enfermeiros, a fim de minimizar as dificuldades de lidar com as complicações do tratamento, a complexidade do cuidado de Enfermagem a estes pacientes e suas famílias.

Sabe-se que não o cuidado de Enfermagem em qualquer instância não é simples, mas, quando se fala de oncohematologia, parte-se para outro estilo de cuidar, pois não se trata apenas de aplicar o quimioterápico e deixar o paciente no leito, existe uma conjuntura de ações que a equipe de Enfermagem precisa, como pessoal, experiência, capacitações, e outros para exercer um cuidado humanizado e eficiente.

Entre as maiores dificuldades encontradas, ao se conversar com profissionais destas áreas de cuidado, é o dimensionamento de pessoal que se encontra insuficiente para cuidar destes pacientes. A demanda de um tempo maior para cuidar na oncohematologia está na complexidade e vulnerabilidade dos pacientes e suas famílias.

Os cuidados necessários para a manutenção da vida destes pacientes na maioria imunodeprimidos, suscetíveis a infecções cruzadas no ambiente hospitalar entre outros, é uma das preocupações da equipe no desenvolvimento do cuidado de Enfermagem. Na Unidade de Internação de Clínica Médica do Hospital Universitário Dr. Hernani Polydoro Junior, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cuja prática de nosso Estágio Supervisionado II da grade curricular da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, motivou ainda mais a busca das dificuldades de cuidado de Enfermagem ao paciente oncohematológico em recebimento de quimioterapia nas bases de dados, e favoreceu a percepção sobre a falta de estímulo para que os enfermeiros possam publicar artigos provenientes da sua prática.

Segundo dados obtidos na Unidade, a Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário possui uma equipe de Enfermagem com trinta profissionais, sendo sete enfermeiras assistenciais e uma enfermeira chefe, vinte e dois técnicos de Enfermagem divididos em três grupos: um matutino, um vespertino e um noturno. O grupo matutino conta com sete técnicos de Enfermagem, o vespertino com seis técnicos de Enfermagem e o noturno com nove técnicos de Enfermagem. As enfermeiras assistenciais são divididas entre os turnos e a enfermeira chefe permanece no período matutino.

Os leitos estão divididos de acordo com as especialidades médicas que a CM II atende. Abaixo, uma tabela para ilustrar:

ESPECIALIDADES	LEITOS
Hematologia	8 unissex
Neurologia	2 Femininos - 4 Masculinos
Cardiologia	6 Femininos
Endocrinologia	2 Masculinos
Clínica Médica Masculina	6 Masculinos
Isolamento	1 unissex

Tabela 1: Divisão dos leitos por especialidades médicas

A Unidade de Clínica Médica II do HU é a única que atende pacientes com patologias oncohematológicas e, apesar de ter oito leitos disponíveis, segundo os dados obtidos, algumas vezes há a ocupação de doze ou treze leitos para cuidados com pacientes oncohematológicos. Os cuidados prestados na CM II são classificados como intermediários, porém os pacientes com patologias oncohematológicas são muitas vezes instáveis, tornando a classificação dos cuidados prestados como semi-intensivos ou até mesmo intensivos.

Conforme a resolução do COFEN 293/2004, que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem, para cuidados intermediários é necessário que haja 33 a 37% de enfermeiros e os demais auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem. (COFEN, 2011). Como citado anteriormente, a Unidade em questão tem que adaptar sua demanda profissional muitas vezes para prestar cuidados semi-intensivos e intensivos.

Assim, quando percebemos esta lacuna na prática profissional, a chefia da unidade nos colocou um desafio que fortaleceu os laços entre a nossa atividade para a elaboração do trabalho de conclusão de curso e a convivência com a equipe da unidade. A mesma está buscando mostrar para as hierarquias superiores do hospital, que os pacientes oncohematológicos exigem demandas de cuidado que, com o número de pessoas existentes no quadro profissional da unidade é humanamente impossível realizar um cuidado efetivo, humano e competente, responsivo as necessidades dos pacientes e suas famílias.

Este desafio e convite apenas auxiliaram na nossa busca, pois havíamos identificado que faríamos uma revisão integrativa sobre as dificuldades encontradas na prática de cuidado de Enfermagem ao pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico. Logo, unimos a pesquisa nas bases de dados às vivências na prática de cuidar que realizamos.

A revisão integrativa é o método deste estudo e seguiu um protocolo que fora desenvolvido em uma disciplina do Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cuja validação externa já se deu (Anexo A). Estas informações estão delineadas na descrição da metodologia desta pesquisa.

Outro fator motivador, além deste trabalho de conclusão de curso ser efetivamente consoante com as necessidades da unidade escolhida para a prática do Estágio Supervisionado II, foi a possibilidade de atuarmos no cuidado destes

pacientes e também percebemos as dificuldades deste processo de cuidar, sua complexidade, a demanda de tempo, o conhecimento para designar um cuidado competente e cientificamente comprometido, e contribuir para a unidade fortalecer sua busca com o auxílio do nosso estudo.

Certamente estes aspectos corroboraram com a efetividade do desenvolvimento deste estudo aliado a ampliação do olhar ao analisar os dados encontrados na literatura das pesquisas da área e a vivência com a equipe.

Na Clínica Médica grande parte dos pacientes oncohematológico realiza quimioterapia. A equipe de Enfermagem realiza cuidado integral, executando todos os procedimentos necessários para a recuperação do mesmo, porém ainda existem dificuldades/entraves/fragilidades encontradas no dia-a-dia do trabalho da Enfermagem.

Reforça-se então a importância deste estudo em diferentes dimensões, micro esfera de cuidado e macro esfera, pois poderá elencar necessidade de outras pesquisas para ampliar este cuidado de Enfermagem esperado, nesta e em outras instituições.

Como nosso principal objeto de pesquisa, foram os artigos publicados nos últimos cinco anos indexados nas bases de dados e que trouxeram contribuições de pesquisa sobre as dificuldades encontradas pelas equipes de Enfermagem que atuam no cuidado de pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico e a prática de cuidado vivenciada na unidade de clínica médica, desenvolvemos como pergunta norteadora da pesquisa o questionamento a seguir:

Quais as dificuldades encontradas pela equipe de Enfermagem no cuidado ao pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico hospitalizados?

Esse trabalho foi desenvolvido de forma a colaborar com a futura elaboração de um protocolo de atendimento aos pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico, e também contribuiu com a equipe de Enfermagem atuante na Clínica Médica desta instituição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as dificuldades encontradas pela equipe de Enfermagem hospitalar no cuidado ao paciente oncohematológico em tratamento quimioterápico, a partir de uma revisão integrativa e a vivência do cuidado de Enfermagem na Unidade de Clínica Médica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar nas pesquisas as dificuldades encontradas no cuidado de pacientes oncohematológicos e os riscos ao ministrar quimioterápicos em unidades de internação de clínica médica;
- Relacionar os dados coletados nos artigos de pesquisa à prática de cuidar dos pacientes oncohematológicos internados na clínica médica II;
- Contribuir para a equipe de Enfermagem da Clínica Médica II oficializando a validando os dados da pesquisa, em reunião geral com os mesmos, oferecendo possibilidades de enfrentamento das dificuldades de cuidado dos pacientes oncohematológicos e favorecer a continuidade do processo construtivo do protocolo da unidade.

3 UMA BREVE EXPLANAÇÃO SOBRE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

3.1 CÂNCER: UM BREVE HISTÓRICO

Os primeiros registros que falavam sobre o Câncer foram encontrados no Antigo Egito, em manuscritos e em ossos fossilizados de múmias, deixando a entender situações possíveis de tumores ósseos.

Entretanto o relato mais antigo no que se diz respeito ao Câncer (o termo Câncer ainda não era utilizado) ocorreu no ano de 1600 a.C, sendo localizado em um papiro egípcio, onde foram descritos 8 casos de tumores de mama. Os sacerdotes do período afirmavam que a “doença” não tinha tratamento. (DECAT; ARAUJO, 2010, p. 94)

A gênese da palavra Câncer foi citada pelo médico grego Hipocrates (460-370) a.C, que utilizou os termos Karkinos e Karkinoma. Sendo que em grego a palavra Karcinoma significa caranguejo. O que deve submeter ao entendimento da relação que o Câncer “se agarra de uma maneira, de difícil desprendimento”, semelhante ao caranguejo (DECAT; ARAUJO, 2010, p. 94)

Durante a Idade Média, não houve avanço sobre o Câncer. Claude Gendron em 1730, médico francês, referiu que o câncer era uma patologia localizada, caracterizando uma massa dura que tem crescimento progressiva localmente circunscrita não tratada com drogas, mas que pode ser arrancada cirurgicamente. (DECAT; ARAUJO, 2010, p. 94)

O professor holandês, Hermann Boerhaave 10 anos após, afirma que uma inflamação poder dar início a um tumor.

O pai da anatomia patológica salientou o câncer como outras doenças, eram provocadas por perturbações em estruturas específicas e os seus sintomas representavam gritos de sofrimentos dos órgãos. (MORGAGNI, 2010, p.94.)

No ano de 1750 locais insalubres foram relacionados como uma das situações causadoras do Câncer. Com o aprimoramento dos aparelhos de microscopia foi possível observar as células cancerosas. Em 1850 as cirurgias de retirada de tumores começaram a serem mais profundas, devido ao uso da

anestesia. (CUFFA et al., 2010, p. 4).

Marie Curie em 1905 descobre a radioatividade, originando assim a radioterapia. Em 1915 estudos mostraram que o Câncer pode ser causado por substâncias nocivas, sendo que a radiação solar foi apontada como uma das causadoras do Câncer de pele. (CUFFA et al., 2010, p. 4).

Nos anos 40, surgiu o tratamento utilizando a quimioterapia. Ainda na década de 40 foi criado o exame que identifica o Câncer de colo de útero, denominado Papanicolau. Com a descoberta da estrutura do DNA, por Francis Crick e John Watson, deu-se o começo da revolução da Biologia Molecular guiando os estudos da Oncologia nos dias atuais. (CUFFA et al., 2010, p. 4).

Nos anos 50 o cigarro foi citado como uma das causas do Câncer de pulmão. Logo em seguida aparecem drogas mais avançadas como o Interferon. Décadas depois é descoberto o primeiro gene ligado ao surgimento do Câncer, o oncogene viral, por Peter Duesberg e Hidesaburo Hanafusa. Na mesma década o melhoramento das técnicas de diagnóstico ajuda a melhor visualização dos tumores. (CUFFA et al., 2010, p. 4-5).

Observaram-se agentes que reconhecem células cancerígenas e ativam as células do sistema imunológico, os anticorpos monoclonais. Percebeu-se que a metástase que são surgimentos de focos secundários e difusos tem como origem um tumor principal. Robert Gallo mostrou que um vírus que pertence à mesma família do HIV, HTLV-1, pode ocasionar a leucemia. No ano de 1982 foi identificado o primeiro oncogene humano. Na década de 90 foram identificadas mutações genéticas que podem ocasionar novos cânceres de mama. Dá-se o início de campanhas para prevenção do Câncer, incentivando a população na mudança no hábito de vida. (CUFFA et al., 2010, p. 5).

Em 1999 é criado no Brasil o Projeto Genoma Câncer do Brasil, tendo como objetivo o mapeamento genético de alguns tipos de tumores.

3.2 CÂNCER: CONCEITO

Para reconhecer as dificuldades no processo de cuidar de pacientes oncohematológicos em recebimento de quimioterapia na unidade de internação de

clínica médica, é necessário conhecer o que é o câncer, os perfis, os principais tipos de câncer, enfim, como esta doença envolve uma estrutura de cuidado de Enfermagem que exige competência, conhecimento, envolvimento, e pessoal disponível.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. (BRASIL, 2008, p.43).

Esse crescimento desordenado das células é ocasionado por danos no DNA. Na maioria das vezes o próprio DNA faz a correção desse erro de crescimento. Mas nas células cancerosas esse mecanismo de reparo do crescimento não está funcionando. Esse erro no mecanismo pode ser herdado e estão relacionados aos cânceres hereditários. Entretanto na maioria das vezes, o DNA se altera devido a fatores intrínsecos e extrínsecos como exemplos intrínsecos a relação com a idade, o gênero e a etnia. Assim também nos fatores extrínsecos a relação com o tabagismo e uso de bebidas alcoólicas, sedentarismo, alimentação não regrada, radiação solar, exposição ocupacional, radiação entre outros fatores. Entretanto outros riscos podem estar relacionados como imunossupressão e uso de drogas e fatores reprodutivos. (BRASIL, 2008, p.141).

A ação é acumulativa por isso ela é proporcional com a idade, entretanto é a união dos dois fatores (intrínsecos e extrínsecos) que vai influenciar no risco individual. **Entre os fatores extrínsecos causadores do câncer existem:**

- **Hábitos Alimentares:** Muito do que ingerimos está relacionado ao processo de desenvolvimento do câncer, como por exemplo, de estômago, colón (intestino grosso) reto, mama, esôfago, principalmente.

- **Alcoolismo:** A condição do entre o álcool e o câncer está associada entre os cânceres de cavidade bucal e de esôfago. Além de ser causa de cirrose hepática.

- **Radiação Solar:** A exposição excessiva á radiação ultravioleta natural, provenientes do sol.

- **Fatores Ocupacionais:** O Câncer provocado por exposições ocupacionais acomete principalmente órgãos que estão mais expostos às substâncias cancerígenas. Passando pela fase de absorção (aparelho respiratório) ou aparelho de excreção (urinário).

- **Hábitos Sexuais:** O comportamento sexual do indivíduo pode implicar a exposição de agentes cancerígenos sexualmente transmissíveis.

- **Medicamentos:** O uso de alguns medicamentos pode produzir efeitos cancerígenos como, por exemplo, o efeito carcinogênico indubitável da Clornafazina e do Melfalan. A evidência do que o Clorambu, o Tiotepa e a Ciclofosfamida são indutores de leucemia e câncer de bexiga.

- **Tabagismo:** O consumo de tabaco é o mais importante fator de risco para desenvolvimento de Câncer de pulmão.

- **Hereditariedade:** Não são muito freqüentes os casos de cânceres que se desenvolvem de forma exclusiva a fatores hereditários, familiares e étnicos. Apesar de que o fator genético exerce fator importante na oncogenese. (BRASIL, 2008).

O câncer é uma doença genética cujo processo tem início com um dano a um gen ou a um grupo de genes de uma célula e progride quando todos os mecanismos do complexo sistema imunológico de reparação ou destruição da célula falham (BRASIL, 2008, p.141).

A divisão destas células ocorre rapidamente, de forma agressiva e descontrolada, caracterizando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Sendo o tumor benigno caracterizado por uma massa centrada de células que se multiplicam de forma devagar e que assim se assemelham ao tecido original, ocasionando um risco ínfimo à vida do paciente. A velocidade da multiplicação e a capacidade de invadir tecidos e órgãos próximos ou distantes é um dos diferenciais para os diversos tipos de câncer é denominado de metástase. (BRASIL, 2011).

3.3 TIPOS MAIS COMUNS DE CÂNCER DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE, EXPLORADO PELO INCA

Câncer de Boca: Afeta os lábios e a parte inferior da cavidade oral. Podendo assim atingir órgãos como, por exemplo, língua. Esse tipo de câncer é mais comum em pessoas brancas. Conforme estimativa publicada pelo ministério da saúde, no Brasil, em 2010, a estimativa de novos casos foi de 14.120, sendo de 10.330 homens e 3.790 mulheres.

Colo do útero: Vários fatores são indicativos para o câncer de colo de útero, início precoce da atividade sexual, vários parceiros sexuais, baixas condições socioeconômicas, tabagismo, higiene íntima inadequada e o uso prolongado de anticoncepcionais orais. É um tipo de câncer também denominado de cervical e que tem o seu desenvolvimento tardio em relação aos outros tipos de câncer. O exame Papanicolau também conhecido como “preventivo” é a maneira onde as células que desencadeiam esse tipo de câncer são descobertas. A infecção pelo papilomavírus humano HPV é a principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer. É o segundo tumor mais freqüente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. De acordo com o INCA (2008) a estimativa de novos casos em 2010 foi de 18.430.

Colorretal: Atingindo o segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto, quando diagnosticado precocemente é na maioria dos casos curável. A estimativa do INCA para 2010 são 28.110 de casos novos, sendo 13.310 homens e 14.800 mulheres.

Estômago: O câncer gástrico apresenta-se de três maneiras histologicamente: o responsável por 95% dos tumores, o adenocarcinoma, o linfoma, detectado em 3% dos casos e o leiomiossarcoma, com início em tecidos que dão origem aos músculos e ossos. A incidência maior desse tipo de câncer ocorre em pacientes na faixa etária dos 70 anos. No Brasil, esses tumores aparecem em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres. Cópia na íntegra. Em 2010 a estimativa de novos casos foi 21.500, sendo que 13.820 foram homens e 7.680 foram diagnosticados em mulheres.

Esôfago: Esse tipo de câncer está entre os dez mais incidentes no país (6º entre os homens e 9º entre as mulheres). O carcinoma epidermoide escamoso é o tipo de câncer de esôfago responsável por 96% dos casos. A estimativa de 2010 foi 10.630 novos casos, sendo que 7.890 de homens e 2.740 mulheres. (BRASIL, 2008).

4 TIPOS DE DOENÇAS ONCOHEMATOLÓGICAS MAIS COMUNS DE PACIENTES QUE INTERNAM NA UNIDADE CLÍNICA MÉDICA II DO HU

4.1 SISTEMA HEMATOLÓGICO

O sistema hematológico constitui parte fundamental do corpo humano, pois ele o acompanha por inteiro. Este sistema é formado pelo sangue e pelos locais onde ele é produzido, incluindo a medula óssea e o sistema reticuloendotelial (SER). O sangue é formado por vários tipos de células, como leucócitos, eritrócitos e plaquetas, e também pelo plasma. O plasma é a porção líquida do sangue, ele contém várias proteínas e outros fatores necessários para a coagulação, assim como os eletrólitos, os produtos tóxicos e os nutrientes. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

As células sanguíneas têm um tempo de vida curto, sendo assim, o corpo necessita reabastecer seu suprimento de células continuamente, este processo se chama hematopoese. O principal local de hematopoese é a medula óssea que, em condições normais, produz cerca de 175 bilhões de leucócitos, 70 bilhões de neutrófilos e 175 bilhões de plaquetas, em um adulto. Em situações de infecção ou sangramento, a medula aumenta a produção de células necessárias. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009)

Quando há algum distúrbio hematológico, a produção de células sanguíneas é prejudicada. Segundo Brunner & Suddarth (2009), os distúrbios mais comuns são: anemia, policitemia, leucopenia e neutropenia, leucocitose, linfoma, mieloma, leucemia e várias disfunções de sangramento e de coagulação.

LEUCEMIAS

Segundo Silva et al. (2008, p. 210), a leucemia caracteriza-se pelo aparecimento de leucócitos imaturos anormais no sangue circulante, comprometendo o fígado, o baço e outros órgãos. A causa da leucemia é desconhecida, assim como as demais neoplasias. Acredita-se que os grupos de importância etiológica são vírus, agentes químicos e predisposição genética.

A sintomatologia pode ser súbita, com a presença de infecções, abscessos,

febre e enfartamento ganglionar. Também podem ocorrer dores musculares e articulares, assim como sinais de hemorragias na gengiva, edema, emagrecimento intenso, hepatoesplenomegalia, etc. O tratamento pode ser feito com corticosteróides, quimioterápicos, transfusão de sangue, glóbulos e plaquetas e manutenção do estado geral com soros e dietas adequadas. (SILVA et al., 2008, p. 210).

As leucemias são classificadas, de acordo com a linhagem das células afetadas, em linfocíticas ou mielocíticas. Conforme o tempo durante o qual os sintomas envolvem a fase do desenvolvimento da célula que está defeituosa, com poucos linfócitos diferenciando-se além dessa fase, elas podem ser classificadas em agudas ou crônicas. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O sucesso da sobrevida dos pacientes com leucemia é ligado ao diagnóstico precoce aliado aos atuais métodos de tratamento, como radioterapia, quimioterapia e transplante de medula óssea. (INCA, 2008, p. 148).

LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA (LMA)

A LMA é resultante de um defeito na célula matriz hematopoiética, que se diferencia em células mielóides: monócitos, granulócitos (basófilos, neutrófilos, eosinófilos), eritrócitos e plaquetas. Este defeito resulta na produção insuficiente de células sanguíneas maduras normais, com conseqüente substituição do tecido normal. A infiltração da medula é freqüentemente acompanhada de neutropenia, anemia e plaquetopenia, sendo que o processo neoplásico pode surgir em qualquer fase da hematopoese. (SILVA et al., 2006, p.78).

O prognóstico varia em cada caso, sendo que os pacientes com LMA têm uma doença potencialmente curável, entretanto os pacientes mais velhos, ou que tem uma forma mais indiferenciada de LMA tendem a ter um prognóstico pior. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Nos achados clínicos da LMA, a contagem sanguínea mostra uma diminuição tanto nos eritrócitos quanto nas plaquetas, sendo que a percentagem de células normais está geralmente muito reduzida, apesar de o número total de leucócitos pode ser baixo, normal ou alto. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

De acordo com o sistema de classificação French-American-British, citado por SILVA et al. (2006, p. 78), a LMA pode ser dividida em oito subgrupos:

- M0 – LMA sem diferenciação morfológica;

- M1 – LMA com mínima diferenciação morfológica;
- M2 – LMA com diferenciação (componente monocítico < 20%);
- M3 – LMA promielocítica hipergranular, M3 variante hipogranular;
- M4 – LMA mielomonocítica (células monocíticas \geq 20%), M4 variante;
- M5 – LMA monocítica (com células monocíticas \geq 20% das células leucêmicas)
- M5a – LMA monoblástica (sem diferenciação, blastos \geq 80%), M5b – LMA monocítica (com diferenciação, blastos < 80%);
- M6 – eritroleucemia e variante;
- M7 – LMA megacarioblástica.

O prognóstico e tratamento da LMA são baseados na identificação dos subgrupos, porém esta classificação vem sendo substituída pela classificação da Organização Mundial da Saúde. (SILVA et al., 2006, p. 78).

Manifestações clínicas

Como já falado anteriormente, os sinais e sintomas da LMA resultam da produção insuficiente de células normais. Esta produção insuficiente acarreta as seguintes consequências: febre e infecção, devido à neutropenia; fraqueza e fadiga, decorrentes da anemia e tendência ao sangramento como resultado da trombocitopenia. Outros sintomas ocorrem devido à proliferação das células leucêmicas, como dor no fígado ou baço aumentado, hiperplasia das gengivas e dor nos ossos devido à expansão da medula. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Complicações

Devido ao nível de deficiência das plaquetas (trombocitopenia), as principais complicações da LMA são sangramento e infecção. As equimoses (hematomas) e petéquias (pontos vermelhos na pele) são resultados da baixa contagem de plaquetas, sendo que as principais hemorragias acontecem quando esta contagem está abaixo de $10.000/\text{mm}^3$. Os sangramentos mais comuns são gastrointestinal, pulmonar e intracraniano. Os pacientes com LMA estão sempre sujeitos à infecção, devido à neutropenia, que ao chegar aos níveis menores que $100/\text{mm}^3$, aumentam muito as chances de uma infecção sistêmica, que é a principal causa de morte. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Tratamento

Os estudos citogenéticos e moleculares, recentes, demonstram que a LMA é uma doença heterogênea, com vários subgrupos de comportamentos biológicos distintos, não podendo mais considerada uma entidade única, o que indica inúmeras modalidades terapêuticas. (BITTENCOURT et al., 2008, p. 203). O tratamento da LMA consiste em atingir a remissão completa, onde não haja evidência detectável de leucemia residual remanescente na medula óssea. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009). O atual tratamento da LMA consiste em fases, passando pela indução até a intensificação. O número de ciclos quimioterápicos ideais ainda gera discussões, mas sabe-se que são necessários no mínimo três ciclos, nos casos onde não há a indicação de transplante em primeira remissão. (BITTENCOURT et al., 2008, p. 203).

O tratamento por quimioterapia, ou terapia de indução, requer geralmente internação hospitalar por muitas semanas. Os principais agentes quimioterápicos utilizados neste tipo de tratamento são: citarabina (Cytosar, Ara-C) e daunorrubicina (Daunomycin, Cerubidine) ou mitoxantrona ou idarrubicina; algumas vezes etoposide (VP-16) é adicionado ao esquema. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

A quimioterapia visa erradicar as células leucêmicas, mas isso é geralmente acompanhado pela erradicação dos tipos normais de células mielóides. Desta forma, o paciente submetido a este tratamento se torna gravemente neutropênico, anêmico, trombocitopênico. Este paciente fica muito doente, com infecções bacterianas, fúngicas e virais, sangramento, mucosite grave, diarreia e inapetência. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O cuidado de suporte é a administração de hemáceas e plaquetas, assim como tratar prontamente as infecções, bem como a Enfermagem precisa manter as precauções de contato a fim de minimizar outras fontes contaminantes. O período de neutropenia pode ser diminuído com o uso de fatores de crescimento de granulócitos, como G-CSF ou GM-CSF, pois eles estimulam a medula óssea a produzir leucócitos mais rapidamente. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Após o paciente estar se recuperando da terapia por indução, com a contagem de plaquetas e leucócitos normais e qualquer infecção ter sido resolvida, ele é submetido à terapia pós-remissão. A meta desta terapia é eliminar quaisquer células leucêmicas residuais que não são clinicamente detectáveis, diminuindo a chance de recorrência. Geralmente o paciente recebe um ciclo de tratamento com

citarabine, porém em doses menores, resultando em menos toxicidade. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O transplante de medula óssea é outra opção de tratamento agressivo. Ele ocorre quando há a combinação de um tecido viável com o de um parente próximo. Para o transplante, é necessário que haja a destruição da função hematopoiética da medula óssea do paciente que irá receber nova medula. Esta destruição ocorre através de tratamento ainda mais agressivo de quimioterapia, às vezes concomitantemente com a radioterapia. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Cabe ressaltar que os pacientes que recebem o transplante de medula óssea ficam mais susceptíveis às infecções, uma vez que os linfócitos do doador reconhecem o organismo do paciente receptor como “corpo estranho” e então desencadeiam uma série de reações para tentar destruir o “hospedeiro”. Como complicações do tratamento, podemos incluir aumento dos níveis de ácido úrico, o que torna os pacientes vulneráveis à formação de cálculos e cólicas renais, assim como anorexia, náuseas, vômitos, diarreia e mucosite graves. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

4.2 PERFIL DOS PACIENTES

A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) pode acometer todos os grupos etários, sendo que a incidência aumenta com a idade, a maior incidência ocorre aos 60 anos. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Bittencourt et al. (2008, p. 203.), refere que a LMA tem distribuição universal, sendo mais freqüente nas áreas urbanas e industrializadas, onde há prática de profissões consideradas de risco para o desenvolvimento de leucemias.

De acordo com Cazarin, Augusto e Melo (2007, p. 387):

Os hábitos nocivos e o uso de medicamentos também requerem cuidados especiais no registro e na investigação de tais patologias. A dependência do tabaco, por exemplo, merece destaque, pois é um produto que contém substâncias que contribuem para as mutações celulares.

TRATAMENTOS CONVENCIONAIS MAIS UTILIZADOS SEGUNDO O INCA (2011):

Cirurgia: o primeiro tratamento que alterou que modificou o andamento do câncer foi à cirurgia. E é um dos principais meios terapêuticos. Suponha-se que 60% dos pacientes com doenças neoplásicas necessitam de cirurgia para o seu tratamento. Tendo como finalidade de diagnóstico, de prevenção, curativa ou paliativa.

Radioterapia: a radioterapia onde radiações são utilizadas nos tratamentos para destruir ou impedir que as células se proliferem. É um tratamento indolor para o paciente. A radioterapia pode ser utilizada juntamente com a quimioterapia. Os benefícios ocasionados pela radioterapia, salientando que metade dos pacientes é tratada com radiações, é que esse tratamento proporciona uma melhor qualidade. Isso ocorre devido à diminuição do tamanho do tumor, aliviando assim a pressão, tendo como consequência a redução de hemorragias, dores ou outros sintomas.

Tendo como objetivo principal atingir um nível de tratamento favorável. Ocasionalmente a clonogenicidade das células malignas e mantendo os tecidos normais. A necessidade de cada aplicação dessas radiações vai de acordo com a extensão e localização do tumor, avaliação de exames e também as condições clínicas do paciente. O aparelho utilizado é o simulador, onde o médico através de radiografias delimita a área a qual vai ser tratada, sendo que a pele será marcada com uma tinta vermelha. O paciente ficará deitado e o aparelho será posicionado sobre o traçado da pele. (INCA, 2008).

A localização do tumor desencadeia duas formas de radioterapia:

a) **Teleterapia ou Radioterapia Externa:** Onde os aparelhos ficam afastados do paciente

b) **Braquitarapia ou Radioterapia de contato:** O organismo do paciente fica em contato com o aparelho. Sendo utilizado no tratamento de tumores de próstata, mamas, tumor da cabeça útero e da tireóide. O tratamento por radioterapia pode ser feito em ambulatório, exceto em casos ginecológicos que necessita de internação hospitalar.

Os possíveis efeitos da radioterapia dependem do segmento do corpo, a dose do tratamento, extensão da área, do tipo de radiação e do aparelho utilizado. Normalmente os efeitos surgem a partir da 3ª semana e desaparecendo logo após algumas semanas ou pode durar mais tempo, conforme cada condição clínica do

paciente.

Os efeitos que podem surgir são:

Fadiga: O paciente deve sempre repousar nas horas livres e diminuir as atividades durante o período de tratamento.

Perda do apetite (Xerostomia) e dificuldade em engolir (mucosite): Ocasionalada pela inflamação de mucosa oral, manifestando na forma de eritema, ulceração, edema e dor. A perda do apetite pode ser ocasionada pela exposição das glândulas salivares á radiação alterando a composição e qualidade da saliva. A orientação é que os pacientes comam devagar, em pequenas quantidades e várias vezes ao dia. Priorizar alimentos mais leves e diversificar o cardápio. O sabor dos alimentos pode ser alterado devido que em alguns casos a saliva se tornar mais espessa, alterando o sabor dos alimentos. Ingesta hídrica.

Reação da pele (radiodermite): Pode ocorrer acidentalmente ou durante o processo de radioterapia A pele apresentar prurido, ruborizada, irritada ou queimada, tornando escamosa e seca. O mais comum é ocorrer em áreas de dobras, devido a umidade e fricção. Devendo informar ao médico ocorrência de assaduras, bolhas, secreção e febre igual ou superior a 38°C. (INCA, 2008).

Mas algumas medidas podem ser tomadas para que esses efeitos sejam amenizados de acordo com o manual do INCA (2011).

- Ingesta hídrica;
- Uso de hidratante com composição de Aloe Vera;
- Não usar cremes antes das seções de quimioterapia;
- Não usar jatos de água sobre a pele irradiada;
- Não depilar com lâmina ou cera (barba, axila, virilha e tórax);
- Lavar a região com água e sabão e utilizar toalha macia;
- Não utilizar nada na região (talco, pomada, perfumes, etc.) que não foi prescrito pelo médico;
- Pode utilizar curativos, de acordo com a orientação médica;
- Não utilizar compressas de água quente ou gelo sobre a pele;
- Utilizar protetor solar na área de tratamento, fator de proteção no mínimo 15 e também fazer o uso de camiseta ou blusa;
- Evitar o uso de roupas apertadas e o material das roupas deve ser de algodão.

Competência do enfermeiro na Radioterapia

Promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas, por meio da educação aos pacientes e familiares através da consulta de Enfermagem. A consulta de enfermagem baseia-se na orientação, prevenção, tratamento e reabilitação do paciente no serviço de Radioterapia. (COFEN, 1998).

Quimioterapia

Consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou combinadas, com o objetivo tratar neoplasias malignas. É utilizado em patologias do sistema hematopoiético e para tumores sólidos que não apresentam metástase regional ou à distância. É um tratamento que atinge lesionando células benignas e malignas. A diferença entre as duas células são mais quantitativas do que qualitativas, existe uma linha muito tênue que separa o sucesso da terapêutica é a toxicidade inaceitável. (INCA, 2011).

O tratamento ocorre da seguinte maneira:

- **Via Oral:** é a administração de comprimidos, cápsulas e líquidos e esse tratamento pode ser feito no âmbito domiciliar.
- **Intravenosa:** A medicação é administrada diretamente na veia ou através de um cateter na forma de injeções ou dentro de soros. O uso de cateter é a principal indicação no tratamento de quimioterapia. Entre as indicações estão: dificuldade em acesso periférico, período de tratamento longo, ciclos frequentes. O cateter mais utilizado é o port a Cath, sendo totalmente implantável. Não é indicado para grandes volumes, hemotransfusão ou coleta de sangue.
- **Intramuscular:** A administração é feita direta no músculo.
- **Intra-arterial:** administração de neoplásicos via arterial. É realizado por via de cateter temporário ou permanente e a infusão é realizada por bomba de infusão.
- **Subcutânea:** Injeções no tecido subcutâneo.
- **Intracraneal:** é a administração de antineoplásicos no liquor cefalorraquidiano.
- **Tópico:** sendo utilizado na forma de líquido ou pomada, sendo aplicada na região afetada.

O tempo de tratamento vai de acordo com cada tipo de tumor e de cada

paciente. A aplicação da quimioterapia pode ocasionar sensação de desconforto ao paciente, queimação na veia ou o aparecimento de placas avermelhadas na pele. Alguns fatores que devem ser destacados:

Sono: é fundamental que o paciente descanse principalmente após a aplicação da quimioterapia. Auxiliando a reduzir os efeitos desagradáveis que ocorrem após a aplicação.

Uso de outros medicamentos: o paciente deve sempre informar o médico que faz uso de outros medicamentos em casa.

Queda de cabelo: É fundamental esclarecer que essa perda de cabelo é momentânea e que o cabelo voltará a crescer.

Menstruação: o ciclo menstrual pode ser afetado, ocorrendo à diminuição ou aumento do fluxo ou ocorrer cessar completamente.

Tratamento dentário: deve ser feito após autorização médica.

Alguns dos efeitos colaterais:

Anemia: Redução da concentração de hemoglobina e da massa de glóbulos vermelhos.

Neutropenia: Caracterizando valores de neutrófilos inferiores a $1.500/\text{mm}^3$.

Trombocitopenia: Redução do número de plaquetas.

Toxidade Cardíaca: a fibra cardíaca é lesionada pela ação dos neoplásicos, perdendo a ação contrátil, levando a cardiomegalia, aumentando assim a demanda de oxigênio. Pode ocasionar durante o ECG: taquicardia sinusal, contração ventricular prematura e modificações nas ondas T e ST.

Toxidade pulmonar: É incomum, mas ocorrendo pode ser fatal. A fisiopatologia permanece desconhecida até então. Podendo provocar tosse não produtiva, dispnéia, taquipnéia e fadiga.

Toxidade vesical e renal: podendo ocorrer lesões renais por resultado direto da excreção e o acúmulo dos produtos da morte celular. Pode ocasionar disúria, urgência urinária e em alguns casos hematúria em vários graus.

Toxidade Dermatológica: Devido ao grau alto da taxa de renovação celular. Podendo aparecer eritema, eritema de extremidade, urticária, hiperpigmentação, fotossensibilidade.

Disfunção reprodutiva: pode ocorrer alteração à função dos testículos e dos ovários, com conseqüências reprodutivas e a função sexual. Isso vai implicar na

dose oferecida dose, duração do tratamento, sexo e faixa etária. É normal acontecer a diminuição do libido, que pode ser devido: auto-imagem comprometida, fadiga e ansiedade.

Disfunção Metabólica: alguns quimioterápicos são capazes de ocasionar distúrbios metabólicos por gerarem danos diretos na atividade da absorção renal.

Fadiga: É o sintoma mais freqüente em pacientes oncológicos. Podendo ser causada pelo tratamento ou pela anemia ocasionada pela patologia.

Diarréia: Como o trato intestinal é constituído por células de rápida divisão celular e frágeis a drogas neoplásicas, ocorrendo uma descamação da mucosa intestinal, ocasionando irritação, inflamação e alterações funcionais, favorecendo assim a diarréia. A diarréia pode levar o paciente á desidratação, ao desequilíbrio hidroeletrólítico. O médico irá prescrever medicamentos próprios para a diarréia. Esse trabalho deve estar associado juntamente com o serviço de nutrição.

Perda de peso (Anorexia): A ação dos neoplásicos pode levar a sensação de plenitude gástrica, alteração do paladar, percepção aumentada ou diminuída de doces, salgados, ácidos e amargos. A perda do sabor dos alimentos pode ocasionar a perda do apetite.

Quedas de cabelos (Alopecia) e perda de pelos do corpo: a intensa atividade de reprodução celular do folículo piloso é a ação principal pela diferenciação e do crescimento. A quimioterapia neoplásica não é capaz de diferenciar as células malignas das benignas Ocasionalmente alopecia parcial ou total. Esse processo é temporário, então for de vontade do paciente pode-se estimular o uso de bonés, chapéus ou perucas.

Enjôo: Juntamente com o vômito a náusea é o efeito colateral mais relatado pelos pacientes. Pode vir acompanhada por taquicardia, tontura, palidez, salivação excessiva e fraqueza. Devem-se ingerir alimentos em pequena quantidade e várias vezes ao dia e de forma devagar.

Vômitos: Evitar alimentos temperados e gordurosos.

Constipação: Alguns neoplásicos podem prejudicar a motilidade gastrointestinal, devido a ação sobre o sistema nervoso do aparelho digestivo. Provocando assim abdômen distendido, cólicas, anorexia, impactuação fecal, ruptura intestinal e sépsis.

Mucosite: inflamação da mucosa em resposta a ação da quimioterapia. Tendo início com ressecamento da boca, evoluindo para eritema, dificuldade para

deglutir, ulceração, podendo envolver o trato gastrointestinal e mucosa anal. Alguns fatores são citados, como tabagismo, desnutrição, higiene oral deficitária, alterações respiratórias entre outras. Para reduzir esse quadro manter sempre a cavidade oral limpa e evitar o uso de escova de dente ou prótese dentária. (BRASIL, 2008, p. 406 - 411).

COMPLICAÇÕES DURANTE O TRATAMENTO SEGUNDO INCA (2011):

Anafilaxia: ocorre devido a hipersensibilidade celular, isso significa uma resposta imunológica ou alérgica rápida a administração da droga (antígeno X anticorpo). Podendo manifestar-se com urticária, desconforto respiratório, broncoespasmo, hipotensão, rubor facial, edema palpebral, dor lombar ou torácica, tosse, podendo evoluir para edema de glote choque anafilático.

Flebite: vale ressaltar que os pacientes oncológicos possuem rede venosa periférica de pouca visibilidade, decorrente de inúmeras punções, trombocitopenias, fragilidade capilar e ação irritante e esclerosante do uso de drogas. Podendo ocorrer devido à administração rápida de quimioterápicos em rede venosa de pequeno calibre ou quando o dispositivo não é compatível com o calibre do vaso. Os sinais flogísticos podem variar desde hiperemia sobre a ponta do dispositivo e ao longo do trajeto venoso, área de sensibilidade aumentada, endurecimento das veias e o aumento da temperatura local.

Extravasamento: caracterizado pela infiltração de antineoplásicos intravenosos para os tecidos ao redor. Entre fatores mais freqüentes estão à posição não confirmada ou incorreta do cateter venoso(deslocamento) e a rompimento do vaso. O resultado depende do tipo de concentração e do fármaco, localização do extravasamento, volume, condições nutricional do paciente, intervalo entre o episódio e a detecção do episódio e as medidas que foram tomadas.

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

A medula óssea é um tecido liquido gelatinoso que ocupa o interior dos ossos. Onde são produzidos os componentes do sangue: glóbulos vermelhos (hemácias), glóbulos brancos (leucócitos) e as plaquetas. Sendo assim o transplante de medula óssea é o tratamento para algumas doenças que acarretam o as células sanguíneas, como por exemplo, leucemia e linfoma. (BRASIL, 2011)

Nesse processo é feito a substituição da medula óssea comprometida, por

células normais de medula óssea. O transplante pode ocorrer de duas maneiras:

Autogênico: quando o próprio paciente é o doador da medula óssea. Nesse caso as próprias células sadias do paciente são utilizadas, não existindo barreira imunológica. Restando apenas o indivíduo estar com um número suficiente de células sadias suficientes para o transplante.

Alogênico: quando a medula vem de um doador.

O transplante ocorre em doenças sanguíneas como:

Anemia aplástica grave, Mielodisplasia e alguns casos de Leucemia como, por exemplo, a Leucemia Mielóide Aguda, Leucemia Mielóide Crônica e Leucemia Linfóide Aguda. (BRASIL, 2011)

São realizadas diversas punções nos ossos posteriores á bacia. O transplante para o paciente é como se fosse uma transfusão sanguínea. Como essas células transplantadas ainda não têm ainda a sua função ativa, o paciente pode apresentar quadros de hemorragias e episódios infecciosos. Ficando assim em cuidados de isolamento. (BRASIL, 2011)

O processo de doação antecede a um rigoroso exame clínico do doador. O procedimento de doação é feito em centro cirúrgico e leva em torno de duas horas de duração. (BRASIL, 2011)

Como se tornar um doador (BRASIL, 2011):

- Pessoas que tenham entre 18 e 55 anos;
- É realizado o preenchimento de um formulário com os dados pessoais do possível doador e é realizada a coleta de uma amostra de cinco ml de sangue para teste, para que se possa se determinar as características genéticas que são importantes para a compatibilidade doador/paciente;
- As informações pessoais e o resultado do teste são armazenados em um sistema para que se possa fazer o cruzamento das informações dos pacientes que necessitam de um transplante;
- No caso de compatibilidade com um paciente, o doador é chamado para realizar exames complementares e assim realizar a doação;
- São realizados Registros de Doadores Voluntários de Medula Óssea, caso o paciente não tenha familiares compatíveis esse registro é utilizado, por isso a importância dos dados cadastrais serem sempre atualizados assim que necessário;
- O processo de cadastro de doação é realizado nos Hemocentros.

Compatibilidade

Para que ocorra o processo de doação, é necessário a compatibilidade total entre o doador e o paciente. Nesse caso se não houver ocorre a rejeição. O que determina essa compatibilidade são os genes localizados no cromossoma 6, que devem ser iguais de ambos. A chance do individuo encontrar um doador compatível entre irmãos (sendo do mesmo pai e mãe) é de somente 25%. (BRASIL, 2011)

O transplante ocorre em doenças sanguíneas como:

Anemia aplastica grave, Mielodisplasia e alguns casos de Leucemia como, por exemplo, a Leucemia Mielóide Aguda, Leucemia Mielóide Crônica e Leucemia Linfóide Aguda. (BRASIL, 2011)

A doação da medula óssea ocorre no centro cirúrgico sendo realizada anestesia geral ou peridural e necessita de internação de 24 horas no mínimo. Pode ocorrer após a doação desconforto localizado de intensidade leve á moderada. O doador tem as suas atividades cotidianas normalizadas depois de uma semana. São realizadas diversas punções nos ossos posteriores á bacia. O transplante para o paciente é como se fosse uma transfusão sanguínea. Como essas células transplantadas ainda não têm ainda a sua função ativa, o paciente pode apresentar quadros de hemorragias e episódios infecciosos. Ficando assim em cuidados de isolamento. (BRASIL, 2011)

Riscos para o paciente:

Esse processo vai depender de vários fatores: diagnóstico precoce, estado do paciente, condições nutricionais e clínicas e o fundamental o doador certo. Os principais riscos então ligados ao uso de drogas quimioterápicas e infecção. (BRASIL, 2011)

Riscos para o doador:

Os riscos nesse caso estão relacionados a um procedimento que envolve anestesia. A questão da medula óssea, em poucas semanas a medula do doador está regenerada. (BRASIL, 2011)

LINFOMAS

Os linfomas são tumores de origem linfóide que, geralmente, começam nos linfonodos, mas podem envolver tecido linfóide no baço, trato gastrointestinal, fígado ou medula óssea. Eles podem ser classificados de maneira geral em duas categorias: doença de Hodgkin e Não-Hodgkin, sendo esta diferenciação classificada devido ao grau de diferenciação celular e quanto à origem da célula maligna predominante. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

DOENÇA DE HODGKIN

A doença de Hodgkin tem sua origem unicêntrica; ela se espalha pela extensão por contigüidade ao longo do sistema linfático. A célula de Reed-Sternberg é a célula maligna da doença de Hodgkin, que é uma célula tumoral gigante morfológicamente única e que se acredita tenha origem linfóide imatura. Porém, por ser um tumor muito heterogêneo, podem ser necessárias repetidas Biópsias para estabelecer o diagnóstico. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

A doença é localizada e assintomática ao diagnóstico na maioria dos casos. A evolução do linfoma de Hodgkin caracteriza-se por altas taxas de resposta, tendência e recaídas tardias e risco de progressão histológica para linfoma de grandes células. (SPECTOR, 2009, p. 3).

O diagnóstico é feito pela biópsia de um linfonodo e pela presença da célula Reed-Sternberg, ao se confirmar, é necessário que se faça a avaliação da extensão da doença, processo conhecido como *estadiamento*. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

A avaliação deve ser criteriosa, tendo como base exames auxiliares ao exame físico, como Raios X de tórax e uma tomografia computadorizada (TC) do tórax, abdome e pelve que são cruciais para identificar a extensão da linfadenopatia nessas regiões. Também são realizados exames de hemograma completo, contagem de plaquetas, velocidade de sedimentação e estudos do funcionamento hepático e renal. Em casos de sinais de envolvimento medular, é realizada uma biópsia da medula óssea. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

PERFIL DOS PACIENTES

Segundo Brunner & Suddarth (2009), a doença de Hodgkin afeta mais os homens que as mulheres e tem dois picos de incidência: um no início dos 20 anos e

outro após os 50 anos. Existe, também, um padrão familiar associado: em primeiro grau, assim, estas pessoas têm uma frequência maior que o normal.

Manifestações clínicas

A manifestação clínica inicial da doença de Hodgkin são linfonodos aumentados, porém indolores de um lado do pescoço. Os locais mais comuns que ocorrem a linfadenopatia são os nódulos cervicais, supraclavicular e mediastinal, que pode ser visualizada nos raios X de tórax, sendo que algumas vezes é suficientemente grande para comprimir a traquéia e inclui dispnéia. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

A doença de Hodgkin, no caso de desenvolvimento em linfonodos superficiais do pescoço, axilas e virilhas, manifesta-se na forma de ínguas indolores nesses locais. Se a doença ocorre na região do tórax, tosse falta de ar e dor torácica podem se manifestar. Quando se apresenta na pelve e no abdômen, os sintomas são sensação de estômago cheio e distensão abdominal. Outros sinais de alerta são febre, fadiga, sudorese noturna, perda de peso sem motivo aparente e coceira na pele. (BRASIL, 2011).

Devido à compressão causada nos órgãos que são vulneráveis à invasão da doença de Hodgkin, os principais sintomas são tosse e derrame pulmonar, icterícia, dor abdominal ou dor nos ossos, devido ao comprometimento dos pulmões, fígado, pâncreas e ossos respectivamente. As infecções por herpes zoster também são comuns. Um grupo de sintomas, chamados de sintomas B, inclui febre, suores intensos e uma perda de peso não-intencional de mais de 10%, sendo encontrados em 40% dos pacientes, principalmente nos que estão com a doença mais avançada. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Os achados hematológicos na doença de Hodgkin incluem anemia branda, contagem de leucócitos elevada ou diminuída e contagem de plaquetas normal, a não ser que o tumor tenha invadido a medula óssea, suprimindo a hematopoese. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Tratamento

A doença de Hodgkin é curável quando tratada adequadamente. O tratamento clássico é a poliquimioterapia, com ou sem radioterapia associada. As opções empregadas usualmente, e com indicações relativamente precisas, são a

poliquimioterapia e o transplante de medula óssea. Os pacientes devem ser seguidos continuamente após o tratamento, com consultas periódicas, cujos intervalos podem ir aumentando progressivamente. (BRASIL, 2011).

O tratamento da doença de Hodgkin é determinado conforme o estágio no qual a doença se encontra. Os tratamentos atuais incluem quimioterapia seguida de radioterapia por 2 a 4 meses no estágio inicial da doença. Em estágios mais avançados, o tratamento envolve a combinação de quimioterápicos, como doxorubicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina, as conhecidas. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Novos tratamentos vêm sendo estudados, como, por exemplo, tratar a doença tão-somente com quimioterapia, com resultados equivalentes ao tratamento combinado. Outra terapêutica estudada é a radioterapia restrita aos gânglios linfáticos envolvidos, o que proporciona menor envolvimento dos tecidos normais à irradiação. (SPECTOR, 2009, p. 4).

A radioterapia é muito útil aos pacientes com adenopatia extensa. Para o controle da doença e a extensão da sobrevida, faz-se o uso de altas doses de quimioterápicos, seguidos por transplante de medula óssea autóloga ou de células-matrizes. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

LINFOMAS NÃO-HODGKIN

Os linfomas não-Hodgkin (LNH) são um grupo heterogêneo de desordens neoplásicas do sistema linfóide que comprometem principalmente os linfonodos, porém pode haver infiltração em estruturas como região orofaríngea, seios paranasais, tireóide, trato gastrointestinal, osso, pele e medula óssea. Dentre os LNH agressivos, o linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LDGCB) representa 30 a 40% dos linfomas. (CAZZAMATTA et al., 2010, p. 549).

Esses linfomas se originam de células B neoplásicas, apenas 5% surgem de células T. Elas podem variar morfológicamente e, diferentemente da doença de Hodgkin, os tecidos linfóides envolvidos são muito infiltrados de células malignas. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O aumento da incidência dos casos de LNH pode ser explicado, apesar de desconhecida a causa, por infecções virais e uma associação com estados imunossupressores, como, por exemplo, AIDS, terapia imunossupressora para transplante de órgãos e toxinas ambientais. (SILVA NETO; JALIL; ARAUJO, 2008,

p. 37).

O diagnóstico do linfoma não-Hodgkin é baseado nas análises histopatológicas e citogenéticas das células malignas. Os tipos indolentes tendem a ter pequenas células e estão distribuídos em um padrão folicular, já os tipos agressivos tendem a ter células grandes ou imaturas distribuídas pelos gânglios em um padrão difuso. Os estágios, fator importante, estão tipicamente baseados nos dados obtidos da tomografia computadorizada, biópsia de medula óssea e, ocasionalmente análise do líquido cérebro-espinhal da punção lombar, eles são baseados no local da doença e extensão para outros locais. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Manifestações Clínicas

Os sintomas variam conforme o estágio da doença, sendo que em estágios iniciais, os sintomas podem estar virtualmente ausentes ou menores. Devido a esta falta de sintomatologia, a doença é diagnosticada em estágios mais avançados, pois, nos casos mais adiantados, a linfadenopatia é percebida. Um terço dos pacientes apresenta os sintomas B, que já foram citados anteriormente. (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Tratamento

O tratamento dos linfomas Não-Hodgkin é baseado no estágio da doença e se houve algum tratamento anterior, assim como na capacidade do paciente tolerar a terapia. Nos casos menos agressivos, a radiação sozinha pode ser o tratamento de escolha. Nos estágios intermediários, são tratados com combinação de quimioterapia e radioterapia. Em tipos mais agressivos, são utilizados agentes quimioterápicos já nos estágios iniciais. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Agentes biológicos, como interferon e o antibiótico CD20 (rituximab) são eficazes no tratamento de linfomas foliculares de baixo grau e linfomas recorrentes de baixo grau, respectivamente. É comum a infiltração no sistema nervoso central com algumas formas de linfoma não-Hodgkin, nesses casos, é utilizada a radiação craniana ou a quimioterapia intratecal em adição ao sistema quimioterápico. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011) para linfomas com maior risco de invasão do Sistema Nervoso Central, faz-se terapia preventiva, como

injeção de drogas quimioterápicas diretamente no líquido cérebro-espinhal, e/ou radioterapia que envolva cérebro e medula espinhal. Nos pacientes já com envolvimento do Sistema Nervoso Central, ou que desenvolvem esta complicação durante o tratamento, são realizados esses mesmos tratamentos. Mais recentemente, a imunoterapia está sendo cada vez mais incorporada ao tratamento, isoladamente ou associada à quimioterapia.

Para tratamento de linfomas Hodgkin e Não-Hodgkin, a quimioterapia e a radioterapia são as mais utilizadas. Alguns dos efeitos colaterais da quimioterapia são mielossupressão, náuseas, perda de cabelo e risco de infecção, ou seja, sistêmicos. A radioterapia causa efeitos colaterais específicos de onde está sendo irradiada, como, por exemplo, na radioterapia abdominal, que pode causar náuseas e vômito, mas não perda de cabelo. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER: uma preocupação para a Enfermagem

Para ilustrar a complexidade do cuidado de Enfermagem aos pacientes com câncer ou os que provavelmente virão a ter em um futuro próximo, trazemos estas tabelas de estudos ampliados realizados no ano de 2010 e publicados pelo INCA em 2011, demonstrando as estimativas de novos casos em Santa Catarina, incluindo os perfis epidemiológicos da doença.

HOMENS	ESTADO		CAPITAL	
Localização Primária Neoplasia maligna	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.690	53,68	70	36,80
Traquéia, Brônquio e Pulmão	950	30,10	70	33,87
Estômago	620	19,77	40	20,08
Cólon e Reto	460	14,72	40	21,98
Cavidade Oral	380	11,98	20	10,06
Esôfago	440	13,97	20	8,78
Leucemias	190	6,15	**	7,92
Pele Melanoma	250	7,95	20	8,12
Outras localizações	1.130	35,91	120	61,43
Subtotal	6.110	194,16	410	209,89
Pele não Melanoma	4.050	128,77	180	90,53

Fonte: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=SC>

Quadro 1: Estimativa dos Casos Novos Masculinos – Santa Catarina/Florianópolis

MULHERES	ESTADO		CAPITAL	
Localização Primária Neoplasia maligna	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.570	49,58	130	62,90
Colo de Útero	610	19,04	40	17,97
Cólon e Reto	500	15,66	60	27,88
Traquéia, Brônquios e Pulmão	370	11,63	30	13,87
Estômago	280	9,00	20	10,64
Leucemias	170	5,26	**	4,64
Cavidade Oral	70	2,35	**	2,38
Pele Melanoma	230	7,17	20	7,46
Esôfago	110	3,27	**	0,33
Outras Localizações	1.950	61,56	150	72,04
Subtotal	5.860	184,99	480	230,52
Pele não Melanoma	3.110	98,16	270	129,47
Todas as Neoplasias	8.970	283,03	750	359,66

Fonte: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=SC>

Quadro 2: Estimativa dos Casos Novos Femininos – Santa Catarina

Região	Masculino	Feminino	Total
Norte	8.930	10.190	19.120
Nordeste	40.530	48.820	89.350
Centro-Oeste	14.960	15.380	30.340
Sul	52.090	50.390	102.480
Sudeste	119.730	128.250	247.980
BRASIL	236.240	253.030	489.980

Fonte: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1

Quadro 3: Estimativa dos Casos Novos - Brasil

Localização Primária	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Mama Feminina	1.350	8.270	2.690	9.310	27.620
Traquéia, Brônquio e Pulmão	1.080	3.950	1.760	7.230	13.610
Estômago	1.300	4.280	1.270	4.090	10.560
Próstata	1.960	11.570	3.430	9.820	25.570
Colo do útero	1.820	5.050	1.410	3.110	7.040
Colon e Reto	620	3.040	1.580	6.150	16.720
Esôfago	260	1.530	580	3.040	5.220
Leucemias	560	2.070	650	1.790	4.510
Cavidade Oral	410	2.810	800	2.510	7.590
Pele Melanoma	180	540	250	2.020	2.940
Outras Localizações	5.260	14.780	8.090	28.810	80.960
Subtotal	14.800	57.890	22.510	77.880	202.340
Pele não Melanoma	4.320	31.460	7.830	24.600	45.640
TOTAL	19.120	89.350	30.340	102.480	247.980

Fonte: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1

Quadro 4: Estimativas Para o Ano de 2010 de Números de Casos de Câncer, Por Região

CUIDADOS DE ENFERMAGEM GERAIS

Os cuidados de Enfermagem incluem ensinar ao paciente a prevenir infecções, reconhecer os sinais de uma possível infecção e a contactar o profissional se esses sinais aparecerem. O mais importante para a equipe de Enfermagem, ao cuidar de um paciente com linfoma, é saber o tipo específico da doença, o estágio, a história do tratamento e o plano de tratamento atual, pois, desta forma, poderá prestar o melhor cuidado ao paciente que necessita do mesmo. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico tem papel muito importante, pois visa promover a qualidade de vida desses pacientes, mesmo sabendo que muitos pacientes não alcançarão a cura e pouco provável nem terão sua doença controlada. (ALMEIDA; FONSECA, 2010, p. 88).

Para Brunner & Suddarth (2009), os cuidados de Enfermagem relacionados às Leucemias Agudas tem como metas principais a obtenção e manutenção do conforto, obtenção e manutenção de uma nutrição adequada, autocuidado, tolerância às atividades, habilidade de lidar com o diagnóstico e prognóstico, imagem corporal positiva, entendimento do processo da doença e seu tratamento e ausência de complicações. Como se trata de um dos tipos de Câncer com maior incidência na Unidade de Clínica Médica, enfatizamos os seguintes cuidados de Enfermagem. Almeida e Fonseca (2010, p. 210), corroboram que é possível listar os seguintes cuidados ao paciente com Leucemia Aguda:

- Conhecer os efeitos tóxicos e colaterais das medicações, observar o aparecimento dos mesmos e notificar.
- Incentivar o indivíduo a viver o mais normalmente possível.
- Para profilaxia de infecções: promover higiene corporal rigorosa, ter cuidados com pele e mucosas, manter ambiente limpo e arejado.
- Observar tendência à hemorragia, por meio da presença ou não de petéquias e equimoses.
- Utilizar agulhas finas para punções venosas e injeções musculares.
- Realizar lavagem intestinal com baixa pressão, a fim de evitar rompimento de capilares sanguíneos.
- Realizar todos os procedimentos de Enfermagem invasivos com material estéril, e na técnica cirúrgica.
- Realizar os curativos dos cateteres totalmente implantáveis com

segurança, treinamento e cuidado estéril.

- Somente puncionar os cateteres totalmente implantáveis com a agulha específica para o sítio subcutâneo e após treinamento
- Cuidar para não expor o paciente a alterações ambientais como trocas bruscas de temperatura
- Manter as precauções de protetoras para os pacientes em áreas de isolamento adequadas
- Permitir visitas conforme capacidade de cada paciente, explicando para as famílias o motivo real desta precaução
- Jamais deixar o paciente sozinho durante a infusão de quimioterápicos
- Orientar os pacientes para avisar qualquer alteração que esteja sentindo
- Monitorar os exames laboratoriais e outros.

CUIDADO DE ENFERMAGEM AS FAMÍLIAS

Um grande desafio do cuidado de Enfermagem para a equipe é o manejo da família. Nestes casos as mesmas adoececem com o seu familiar, de modo a solicitar da equipe atenção, cuidado de si, orientações, força, esperança, necessidade de estar junto.

Para isto, a equipe de Enfermagem, além de estar consoante com as necessidades da família, e saber compreender que este processo é esperado, deve buscar conhecimento para cuidar de famílias. (CARTER; McGOLDRICK, 2001).

Souza (2008), em sua tese de doutorado, descreveu que as famílias não se sentem cuidadas no ambiente hospitalar, as mesmas percebem o ambiente hospitalar mecanizado e o cuidado de enfermagem focado na patologia. Esta imagem na situação de doenças oncohematológicas exige da equipe um esforço além a fim de transformar esta realidade, e corrobora-se que, para que isto ocorra, é preciso reconhecer as dificuldades e as potencialidades de cada família, seu momento na vivência do câncer em família, para que se possa desenvolver um cotidiano de cuidado de Enfermagem adequado e voltado às necessidades dos indivíduos e suas famílias. (SOUZA, 2008).

Logo, a Enfermagem sentirá menos ansiedade quanto ao tempo, complexidade de cuidados aos pacientes oncohematológicos e a falta de pessoal para ofertar um cuidado humanizado. Assim, conhecer os tipos de patologias da unidade onde atuamos ao desenvolver a etapa do estágio curricular da 8ª fase do

Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, nos possibilitou apreender que ao saber sobre as patologias complexas e as dificuldades para cuidar destes pacientes, chama atenção para o empenho e motivação da Enfermagem em prol de um novo fazer em Enfermagem.

E cremos que isto só ocorra quando há um movimento institucional e pessoal das equipes de Enfermagem no processo de educação permanente, a fim de que não seja apenas um aprendizado e logo se retome a rotinização mecânica do cuidado descontextualizado das necessidades expostas.

5 METODOLOGIA

Para Polit et al. (2004) a metodologia é a direção do processo investigativo, por isso precisa ser bem delineado antes de iniciar a investigação por meio de métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos. Um dos principais procedimentos de pesquisa, indiferente de sua natureza, é deixar programado claramente os passos que os pesquisadores seguirão. Deste modo, buscamos respeitar o caminho que nos possibilitou chegar aos objetivos propostos.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, através da pesquisa na modalidade de Revisão Integrativa. Esta forma de pesquisa é um dos métodos que permite e incorpora a clínica baseada em evidências, que está em alta nas reflexões na Enfermagem, pois corrobora para um cuidado evidenciado em diversos espaços e que são compartilhados na rede virtual das bases de dados.

Segundo Vasconcelos et al. (2011, tela 3):

A revisão integrativa tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Assim escolhemos este tipo de estudo para favorecer o alcance do nosso principal objetivo, que foi unir o que a literatura aponta sobre as dificuldades para cuidar de pacientes oncohematológicos em recebimento de quimioterapia a prática compartilhada com a equipe de Enfermagem. Além disto, contribuir com possibilidades estratégicas para melhorar o serviço e fundamentar uma atividade da própria unidade: o dimensionamento de pessoal a partir das contribuições deste estudo, para a solicitação de recursos humanos e criação de um protocolo de cuidados para estes pacientes.

5.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, através da pesquisa na modalidade de Revisão Integrativa. Esta forma de pesquisa é um dos métodos que permite e incorpora a clínica baseada em evidências, que está em alta nas reflexões na Enfermagem, pois corrobora para um cuidado evidenciado em diversos espaços e que são compartilhados na rede virtual das bases de dados. Para a elaboração da revisão integrativa, seguimos as etapas determinadas conforme protocolo desenvolvido pelas autoras Msc. Adriana Luzardo, Mda. Gabriela Marcelino, Mda. Mônica Motta Lino, Dra. Betina Schlindwein Hörner Meirelles e Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, na disciplina Administração em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, ainda não publicado, porém utilizado em várias pesquisas desta natureza.

Além disto, a percepção das dificuldades de cuidado de Enfermagem no cotidiano da Unidade de Clínica Médica II do Hospital Universitário de Santa – UFSC contribuiu para fomentar a análise dos dados encontrada nos artigos selecionados.

Procedimento metodológico

Os procedimentos metodológicos seguiram os passos de Ganong (1987, p.10) com as etapas seguintes:

- Formular o objetivo da revisão e desenvolver perguntas relacionadas a ser respondida pelo revisor ou hipóteses a ser testada.
- Estabelecer critérios experimentais para a inclusão de estudos na revisão, de modo que estes critérios possam ser transformados durante a etapa metodológica ou substantiva do estudo.
- Conduzir uma pesquisa de literatura selecionando exemplos se o número de estudos for grande.
- Desenvolver um questionário ou tabela para a coleta de dados dos estudos.
- Identificar regras na inferência a ser.
- Revisar critérios para inclusão no questionário ou tabela, caso necessário.

Neste estudo estipulamos os seguintes critérios:

Critérios de inclusão: Estudos que contenham os descritores listados e também aqueles publicados em periódicos na forma completa.

Crêterios de exclusão: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam espanhol, português; e, estudos que não contemplem a aproximação com a temática escolhida.

Estratégias de busca (pesquisa avançada)

Para a elaboração da revisão integrativa, seguimos as etapas determinadas: inicialmente buscamos os artigos através dos resumos, utilizando os descritores previstos, porém, logo observamos que não chegaríamos aos estudos desejados. Então unimos termos para continuar a busca nas bases de dados nacionais. Os termos e descritores utilizados foram os seguintes: Cuidados paliativos, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Oncológica, Câncer, Oncologia, Quimioterapia, Neoplasia, Neoplásicos e quimioterápicos, Cuidados com quimioterapia, Cuidados em hematologia, Hematologia, Dificuldades com quimioterapia.

As bases de dados que foram elencados os artigos foram: Bireme/BVS, LILACS, SCIELO. O período de busca dos estudos foi entre o ano 2005 e 2011.

Seleção dos estudos

Primeira busca de dados: foram acessados 5.680 artigos em português com autores da Enfermagem. Destes, após leitura dos títulos e resumos, foram sendo descartados pelo distanciamento de nossa pergunta de interesse. **Primeira Peneira:** destes 5.680 artigos, chegamos ao total de 26 que se aproximaram da temática, porém, ainda não estavam explícitas as dificuldades que desejávamos encontrar nas produções.

Segunda Peneira: após exaustão da leitura dos 26 artigos, conseguimos compreender que apenas 07 deles apresentavam nuanças sobre as dificuldades de cuidar de pacientes oncohematológicos pela equipe de Enfermagem. Neste momento, foi realizada a leitura completa dos artigos no que tange os critérios de inclusão, exclusão e objetivo. Como indica a Revisão Integrativa, os dados foram sistematizados em tabelas e posteriormente foi realizada uma segunda leitura

criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados.

Avaliação crítica dos estudos

Foi realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematizada dos dados em categoria. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados foram avaliados e discutidos conforme literatura. Neste processo fomos também identificando as dificuldades encontradas no cotidiano de cuidado que vivenciamos que enriqueceram a análise.

Síntese e conclusão

Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese foi realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados. A partir da síntese, foi desenvolvida uma análise dos artigos unindo a prática de cuidado de Enfermagem do cotidiano da clínica médica II.

Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica de estudos já avaliados e aprovados nos comitês de ética de suas procedências, neste estudo cuidamos em manter na íntegra as produções e dados dos artigos pesquisados, bem como a experiência na Unidade de Internação de Clínica Médica II. De acordo com as preocupações de todo estudo científico de estar dentro das normas definidoras do Conselho Nacional de saúde (2007), Resolução (196/96), mesmo não se tratando de um estudo com seres humanos diretamente.

6 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM NO CUIDADO DO PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO: uma revisão integrativa

Nicole Bonalcolsi¹

Mariana Rodrigues da Silva²

Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza³

Jaçany Aparecida Borges Prudente⁴

Kenya Schmidt Reibnitz⁵

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de pesquisas em artigos publicados nos últimos cinco anos indexados nas bases de dados que tratavam das dificuldades encontradas pelas equipes de Enfermagem que atuam no cuidado de pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico. Para a busca de dados, utilizou-se a terminologia dos descritores em Ciências da Saúde: *Cuidados paliativos, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Oncológica, Câncer, Oncologia, Quimioterapia, Neoplasia, Neoplásicos e quimioterápicos, Cuidados com quimioterapia, Cuidados em hematologia, Hematologia, Dificuldades com quimioterapia*. O estudo foi realizado em maio e junho de 2011. Na análise dos textos, os resultados foram discutidos a partir dos diferentes conceitos, autores que discursam sobre a temática, sendo enriquecido com as percepções das práticas de cuidado experienciadas na Unidade de Clínica Médica II do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Foram acessados 5.680 resumos, que, após análise inicial, resultaram em 26 estudos completos. Em uma terceira avaliação dos mesmos, totalizaram 07 artigos com aproximação do tema em questão. Observou-se predomínio nos cuidados de Enfermagem gerais, com a aplicação da quimioterapia, com as patologias, diminuição de gastos, recursos humanos limitados, sofrimento do profissional ao cuidar do paciente oncológico.

Palavras-Chave: Cuidado de Enfermagem, pacientes oncohematológicos, dificuldades, quimioterapia.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Participante do Grupo de Pesquisa Cuidando de Confortando/PEN/UFSC. Bolsista PET-SAÚDE II.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista PET-SAÚDE II.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Membro dos grupos de pesquisa da UFSC NUPEQUIS/SC e GAPEFAM.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALLI. Enfermeira chefe da Unidade de Clínica Médica II do HU/UFSC. Membro do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina.

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), professora Titular do Departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Diretora do Centro de Ciências da Saúde da UFSC, é professora do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. É Coordenadora do Projeto Pró-saúde/UFSC e membro do Grupo Gestor do Projeto UNASUS/UFSC. Participante do Grupo de Pesquisa em Educação, Saúde e Enfermagem - EDEN e avaliadora do INEP. Orientadora de Mestrado e Doutorado.

INTRODUÇÃO

O Cuidado de Enfermagem ao paciente oncológico tem determinado o investimento em inovações tecnológicas de cuidado, uma vez que estes pacientes, em detrimento dos diagnósticos, terapias e tratamentos com maior suporte, ampliou a sobrevida e reduziu em 20% a mortalidade para diferentes tumores, segundo relatam as pesquisadoras Ferreira, Vieira e Tonon (2010, p. 1059). Esta característica pressupõe que a Enfermagem perceba que precisa acompanhar este avanço do conhecimento e das novas tecnologias, bem como o perfil destes pacientes que, apesar de haver uma sobrevida, não elimina a convivência com a doença e suas particularidades.

Estes avanços tecnológicos estão distribuídos entre as cirurgias, novos antineoplásicos, radioterápicos, e outras terapias menos nocivas aos pacientes. Como consequência, para que se consiga desenvolver um processo de cuidar aos pacientes oncológicos, a Enfermagem está debruçando-se sobre as novidades científicas, a fim de cuidar com maior suporte teórico e competência. E, para que estas práticas de cuidado saiam da zona do ideal e passem à zona do real, há preocupações para efetivar este princípio do cuidado humanizado e competente que rege as leis do exercício profissional da Enfermagem (COREN, 2011).

Contextualizando as situações vivenciadas nas unidades de internação de clínica médica, onde muitos pacientes oncohematológicos são hospitalizados, a equipe de Enfermagem encontra desafios que se transformam em dificuldades no seu cotidiano de cuidado. Foi com a intenção de conhecer o que vêm sendo produzido nesta ótica pelos enfermeiros, a fim de minimizar as dificuldades de lidar com as complicações do tratamento, a complexidade do cuidado para estes pacientes e suas famílias que este estudo começou a ser delineado.

Sabe-se que o cuidado de Enfermagem em qualquer instância não é simples, mas, quando se fala de oncohematologia, parte-se para outro estilo de cuidar, pois não se trata apenas de aplicar o quimioterápico e deixar o paciente no leito, existe uma conjuntura de ações que a equipe de Enfermagem precisa ter, como recursos humanos, experiência, capacitações, e outros para exercer um cuidado humanizado e eficiente.

A revisão integrativa é o método que norteou este estudo e seguiu um protocolo que fora desenvolvido em uma disciplina do Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina

(UFSC), cuja validação externa já se deu, embora ainda não tenha sido publicado apenas como protocolo.

Como principal objeto de pesquisa, utilizamos os artigos publicados nos últimos cinco anos indexados nas bases de dados Bireme/BVS, LILACS, SCIELO, que tratavam das dificuldades encontradas pelas equipes de Enfermagem que atuam no cuidado de pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico e a prática de cuidado vivenciada na unidade de clínica médica, desenvolvemos como pergunta norteadora de nossa pesquisa o questionamento a seguir: ***Quais as dificuldades encontradas pela equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes oncohematológicos em tratamento quimioterápico hospitalizados?***

UMA BREVE EXPLANAÇÃO SOBRE A ONCOHEMATOLOGIA

Câncer: um breve histórico

Os primeiros registros que falavam sobre o Câncer foram encontrados no Antigo Egito, em manuscritos e em ossos fossilizados de múmias, deixando a entender situações possíveis de tumores ósseos.

Entretanto o relato mais antigo no que se diz respeito ao Câncer (o termo Câncer ainda não era utilizado) ocorreu no ano de 1600 a.C, sendo localizado em um papiro egípcio, onde foram descritos 8 casos de tumores de mama. Os sacerdotes do período afirmavam que a “doença” não tinha tratamento. (DECAT; ARAUJO, 2010)

A gênese da palavra Câncer foi citada pelo médico grego Hipocrates (460-370) a.C, que utilizou os termos Karkinos e Karkinoma. Sendo que em grego a palavra Karcinoma significa caranguejo. O que deve submeter ao entendimento da relação que o Câncer “se agarra de uma maneira, de difícil desprendimento”, semelhante ao caranguejo. (DECAT; ARAUJO, 2010)

Durante a Idade Média, não houve avanço sobre o Câncer. Claude Gendron em 1730, médico francês, referiu que o câncer era uma patologia localizada, caracterizando uma massa dura que tem crescimento progressiva localmente circunscrita não tratada com drogas, mas que pode ser arrancada cirurgicamente. (DECAT; ARAUJO, 2010)

O professor holandês, Hermann Boerhaave 10 anos após, afirma que uma inflamação poder dar início a um tumor.

O pai da anatomia patológica salientou o câncer como outras doenças,

eram provocadas por perturbações em estruturas específicas e os seus sintomas representavam gritos de sofrimentos dos órgãos. (MORGAGNI, 2010, p. 94.)

No ano de 1750 locais insalubres foram relacionados como uma das situações causadoras do Câncer. Com o aprimoramento dos aparelhos de microscopia foi possível observar as células cancerosas. Em 1850 as cirurgias de retirada de tumores começaram a serem mais profundas, devido ao uso da anestesia. (CUFFA et al., 2010, p, 4).

Marie Curie em 1905 descobre a radioatividade, originado assim a radioterapia. Em 1915 estudos mostraram que o Câncer pode ser causado por substâncias nocivas, sendo que a radiação solar foi apontada como uma das causadoras do Câncer de pele. (CUFFA et al., 2010, p, 4).

Nos anos 40, surgiu o tratamento utilizando a quimioterapia. Ainda na década de 40 foi criado o exame que identifica o Câncer de colo de útero, denominado Papanicolau. Com a descoberta da parte estrutural do DNA, por Francis Crick e John Watson, deu-se começo da revolução da Biologia Molecular guiando os estudos da Oncologia nos dias atuais. (CUFFA et al., 2010, p, 4).

Nos anos 50 o cigarro foi citado como uma das causas do Câncer de pulmão. Logo em seguida aparecem drogas mais avançadas como o Interferon. Décadas depois é descoberto o primeiro gene ligado ao surgimento do Câncer, o oncogene viral, por Peter Duesberg e Hisesaburo Hanafusa. Na mesma década o melhoramento das técnicas de diagnóstico ajuda a melhor visualização dos tumores. (CUFFA et al., 2010, p, 4-5).

Tipos de doenças oncohematológicas mais comuns de pacientes que internam na Unidade Clínica Médica II do HU

Leucemias

Segundo Silva et al. (2008, p. 210), a leucemia caracteriza-se pelo aparecimento de leucócitos imaturos anormais no sangue circulante, comprometendo o fígado, o baço e outros órgãos. A causa da leucemia é desconhecida, assim como as demais neoplasias. Acredita-se que os grupos de importância etiológica são vírus, agentes químicos e predisposição genética.

A sintomatologia pode ser súbita, com a presença de infecções, abscessos, febre e enfartamento ganglionar. Também podem ocorrer dores musculares e articulares, assim como sinais de hemorragias na gengiva, edema, emagrecimento intenso, hepatoesplenomegalia, etc. O tratamento pode ser feito com corticosteróides, quimioterápicos, transfusão de sangue, glóbulos e plaquetas e manutenção do estado geral com soros e dietas adequadas. (SILVA et al., 2008, p. 210).

As leucemias são classificadas, de acordo com a linhagem das células afetadas, em linfocíticas ou mielocíticas. Conforme o tempo durante o qual os sintomas envolvem a fase do desenvolvimento da célula que está defeituosa, com poucos linfócitos diferenciando-se além dessa fase, elas podem ser classificadas em agudas ou crônicas. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O sucesso da sobrevida dos pacientes com leucemia é ligado ao diagnóstico precoce aliado aos atuais métodos de tratamento, como radioterapia, quimioterapia e transplante de medula óssea. (INCA, 2008, p. 148).

METODOLOGIA

Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, através da pesquisa na modalidade de Revisão Integrativa. Esta forma de pesquisa é um dos métodos que permite e incorpora a clínica baseada em evidências, que está em alta nas reflexões na Enfermagem, pois corrobora para um cuidado evidenciado em diversos espaços e que são compartilhados na rede virtual das bases de dados.

Além disto, a percepção das dificuldades de cuidado de Enfermagem no cotidiano da Unidade de Clínica Médica II do Hospital Universitário de Santa – UFSC contribuiu para fomentar a análise dos dados encontrada nos artigos selecionados.

Procedimento metodológico

Os procedimentos metodológicos seguiram os passos de Ganong (1987, p.10) com as etapas seguintes:

- Formular o objetivo da revisão e desenvolver perguntas relacionadas a ser respondida pelo revisor ou hipóteses a ser testada.
- Estabelecer critérios experimentais para a inclusão de estudos na revisão, de modo que estes critérios possam ser transformados durante a etapa

metodológica ou substantiva do estudo.

- Conduzir uma pesquisa de literatura selecionando exemplos se o número de estudos for grande.
- Desenvolver um questionário ou tabela para a coleta de dados dos estudos.
- Identificar regras na inferência a ser.
- Revisar critérios para inclusão no questionário ou tabela, caso necessário.

Neste estudo estipulamos os seguintes critérios:

Crítérios de inclusão: Estudos que contenham os descritores listados e também aqueles publicados em periódicos na forma completa.

Crítérios de exclusão: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam espanhol, português; e, estudos que não contemplem a aproximação com a temática escolhida.

Estratégias de busca (pesquisa avançada)

Para a elaboração da revisão integrativa, seguimos as etapas determinadas: inicialmente buscamos os artigos através dos resumos, utilizando os descritores previstos, porém, logo observamos que não chegaríamos aos estudos desejados. Então unimos termos para continuar a busca nas bases de dados nacionais. Os termos e descritores utilizados foram os seguintes: Cuidados paliativos, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Oncológica, Câncer, Oncologia, Quimioterapia, Neoplasia, Neoplásicos e quimioterápicos, Cuidados com quimioterapia, Cuidados em hematologia, Hematologia, Dificuldades com quimioterapia.

As bases de dados que foram elencados os artigos foram: Bireme/BVS, LILACS, SCIELO. O período de busca dos estudos foi entre o ano 2005 e 2011.

Seleção dos estudos

Primeira busca de dados: foram acessados 5.680 artigos em português com autores da Enfermagem. Destes, após leitura dos títulos e resumos, foram sendo descartados pelo distanciamento de nossa pergunta de interesse. **Primeira Peneira:** destes 5.680 artigos, chegamos ao total de 26 que se aproximaram da temática,

porém, ainda não estavam explícitas as dificuldades que desejávamos encontrar nas produções.

Segunda Peneira: após exaustão da leitura dos 26 artigos, conseguimos compreender que apenas 07 deles apresentavam nuances sobre as dificuldades de cuidar de pacientes oncohematológicos pela equipe de Enfermagem. Neste momento, fora realizada a leitura completa dos artigos no que tange os critérios de inclusão, exclusão e objetivo. Como indica a Revisão Integrativa, os dados foram sistematizados em tabelas e posteriormente fora realizada uma segunda leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados.

Avaliação crítica dos estudos

Foi realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematizada dos dados em categoria. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados foram avaliados e discutidos conforme literatura. Neste processo fomos também identificando as dificuldades encontradas no cotidiano de cuidado que vivenciamos que enriqueceram a análise.

Síntese e conclusão

Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese foi realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados. A partir da síntese, foi desenvolvida uma análise dos artigos unindo a prática de cuidado de Enfermagem do cotidiano da clínica médica II.

Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica de estudos já avaliados e aprovados nos comitês de ética de suas procedências, neste estudo cuidamos em manter na íntegra as produções e dados dos artigos pesquisados, bem como a experiência na Unidade de Internação de Clínica Médica II. De acordo com as preocupações de todo estudo científico de estar dentro das normas definidoras do Conselho Nacional de saúde (2007), Resolução (196/96), mesmo não se tratando de um estudo com seres humanos diretamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para iniciarmos a análise dos dados copilamos os principais dados dos 07 artigos que obtiveram maior aproximação com a temática explorada e colocamos em um quadro com os seguintes dados: número do artigo, título, teoria ou marco conceitual, resultados, análise e base de dados que estava disponível.

Na maioria dos artigos analisados percebemos um enfoque direcionado principalmente às questões psicológicas e aos riscos que os trabalhadores da área de Enfermagem enfrentam no cuidado aos pacientes oncohematológicos. Observou-se nas publicações que o Cuidado de Enfermagem Oncológico está caracterizado por um conhecimento técnico-científico qualificado que gera um desgaste ocupacional muito grande, originário do cotidiano de unidades lotadas com pacientes oncohematológicos. Abordam que o cuidado na oncologia é pautado na ética, pois todos os envolvidos nesse cenário, paciente\cuidador, sejam englobados por uma assistência ética e qualificada.

Os autores corroboraram que o cuidado ao paciente oncohematológico requer do profissional uma preparação emocional que ultrapassa o conhecimento técnico-científico. Esta análise é evidenciada quando Boemer e Popim (2005, p. 677), dizem que *“o cuidado em oncologia reveste-se de grande complexidade, requerendo do profissional uma competência que vai além da esfera técnico-científica.”* Esta afirmação decorre da preocupação dos autores quando ao desgaste causado, a figura do enfermeiro oncológico. Destacam que este desgaste reflete no cuidado prestado, ou seja, muitas vezes este não é feito com a qualidade necessária conforme as necessidades dos pacientes e por vezes tornam-se pouco efetivos.

Maschio, Leite e Stumm (2008, p. 75) confirmam que o paciente oncohematológico requer cuidado interacional, compreensivo, com atendimento humanizado e formação de vínculo entre equipes, paciente e familiar, mas não citam as dificuldades empreendidas no cotidiano das equipes de Enfermagem, prevalecendo um discurso pontual sobre o que já se conhece como diagnóstico situacional, ou seja, o que se repete que já está posto e confirmado com pesquisas. Mas o que fazer com estas diversidades do cuidar nesta perspectiva? .

Os profissionais cuidadores, conforme dizem os autores, também se preocupam com os efeitos colaterais das quimioterapias, quais as condutas frente ao extravasamento e tempo de infusão dos quimioterápicos que estão administrando, pois os enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos trabalham

num ambiente que exige atenção constante e necessidade de atualização.

Porém, Andrade (2007, p. 333) refere que a Enfermagem acumulou no decorrer de sua história conhecimentos empírico, mas não reflete sobre sua atuação. Sendo assim, confirma o que fora encontrado nos artigos, a preocupação com as técnicas, porém sem a busca de soluções para que as dificuldades do cuidado no cotidiano sejam repensadas, refletidas e direcionadas para ações proativas e resolutivas para as equipes de Enfermagem, os pacientes e suas famílias.

Os artigos não contemplaram de forma clara a busca que fizemos nas bases de dados nacionais definidas. Todos convergiram para as preocupações e complicações das patologias, os riscos de extravasamento de quimioterápicos, da sobrecarga emocional do profissional, e não contribuíram com a Enfermagem cuidadora de pacientes oncohematológicos e suas famílias listando as dificuldades que certamente as instituições enfrentam neste processo.

Ao fazer uma análise comparativa dos resultados dos artigos e a experiência vivida na unidade de Internação de Clínica Médica II, vislumbramos que há dificuldades de várias origens, como, incipiência no número de recursos humanos para que o cuidado de Enfermagem seja mais tranquilo para a equipe, não havendo sobrecarga, científico, otimizado e dentro das possibilidades dos seres humanos que cuidam.

A falta de local adequado para o recebimento do paciente; falta de alguns materiais com qualidade mais atual; conhecimento da equipe sobre o universo do câncer e a hospitalização; a falta de tempo dos profissionais para estar ao lado do paciente durante a infusão dos quimioterápicos; a dificuldade dos profissionais em desenvolver a escuta sensível pela falta de pessoal; tempo curto de tantas atividades para conseguir olhar para as famílias; a sobrecarga emocional para todos os envolvidos que pode comprometer o cuidado destes pacientes, foram dados encontrados no cotidiano da equipe de Enfermagem e que está velado nas paredes dos hospitais

Enfim, percebemos que a equipe trabalha da melhor forma possível, mesmo com suas limitações cuidam destes pacientes com zelo e preocupação. Solicitam capacitações periódicas para realização dos procedimentos como: infusão de novos quimioterápicos, medicamentos utilizados concomitantemente à quimioterapia, cuidados com o cateter totalmente implantável, comunicação com as famílias e o

paciente, que passa por estágios que podem relacionar-se a inconformidade com a doença, raiva, depressão, agitação, aceitação, e em outros momentos, onde se pensa que estes e as famílias estão conformadas e aceitando a doença, todo o ciclo pode recorrer, conforme nos diz Klüber Ross (2007).

A principal fragilidade da Unidade é que a mesma atende pacientes com patologias altamente transmissíveis e pacientes oncológicos, ou seja, os pacientes oncológicos, que ficam, em sua maioria, neutropênicos, muito mais susceptíveis às infecções pela própria patologia, tem contato indireto com vírus e bactérias multirresistentes. Isto ocorre devido à falta de profissionais suficientes para atender a demanda de trabalho, pois o ideal é que os profissionais responsáveis pelo cuidado aos pacientes oncohematológicos não tenham contato com os demais pacientes internados. Esta situação enfatiza a necessidade de um olhar direcionado ao dimensionamento de pessoal para unidades com esta população e sua complexidade de cuidado de Enfermagem.

Se os profissionais de Enfermagem que atuam na Unidade de Clínica Médica II do HU/UFSC desenvolvessem trabalhos sobre sua realidade laboral, teríamos mais publicações relacionadas a esta atividade tão importante na Enfermagem. Sentimos que os profissionais que atuam em situações como estas devem ser motivados a publicar suas dificuldades e o que necessitam para transformar esta realidade.

Neste processo tivemos a oportunidade de conviver com uma equipe movida pela inquietude de fazer mais e melhor, e que nos permitiu manter a esperança de mudanças deste cenário. Mas sabemos que são poucas, haja vista, o número de artigos que elencamos e que pouco discursam diretamente sobre este tema precioso para a vida de tantas pessoas, inclusive das equipes de Enfermagem.

O paciente oncohematológico merece ser cuidado de forma ética e profissional por todos que estão envolvidos com o seu tratamento. A equipe de Enfermagem, que está à frente 24 horas de todos os cuidados ao paciente em período integral, é responsável e precisa estar apta a desenvolver suas atividades com a competência esperada por quem necessita das mesmas, mas para isto é imprescindível expor, solicitar ajuda, propor soluções, descortinar barreiras.

E possível concluir que as dificuldades experienciadas pela equipe de Enfermagem no cuidado de pacientes oncohematológicos em quimioterapia, na unidade em que vivenciamos a prática, devem ser mostradas na forma de

publicações, pois irão impulsionar os profissionais a buscarem tentativas de solucionar estas fragilidades, resultando sempre, no melhor cuidado ao paciente, assim como no cuidado do próprio profissional.

Foi o que sentimos falta na busca para a revisão integrativa, e fica como um pressuposto para o futuro como enfermeiras, a preocupação em buscar espaço nas publicações para ampliar o conhecimento e a mobilização de estratégias para minimizar as dificuldades encontradas no cotidiano, bem como o compromisso com o que fora apreendido nesta complexidade das idéias encontradas nos artigos e a vivência no dia-a-dia com a equipe de Enfermagem da Unidade de Clínica Médica II do HU/UFSC.

Cremos que ao analisarmos os artigos, e fazer a união com o cotidiano, evidenciou que a Enfermagem precisa desenvolver novas pesquisas a respeito das dificuldades encontradas ao prestar cuidados aos pacientes oncohematológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência que tivemos na Unidade de Clínica Médica II do HU/UFSC proporcionou que conhecêssemos a realidade de trabalho dos profissionais que cuidam de pacientes oncohematológicos. Foi evidenciado que as dificuldades encontradas por eles precisam ser resolvidas, a fim de melhorar o cuidado prestado na unidade.

O objetivo de conhecer as dificuldades encontradas pela equipe de Enfermagem hospitalar no cuidado ao paciente oncohematológico em tratamento quimioterápico, a partir de uma revisão integrativa e a vivência do cuidado de Enfermagem na Unidade de Clínica Médica II do HU/UFSC foi alcançado, pois exercemos tarefas juntamente com a equipe, o que nos proporcionou conhecer os papéis e atribuições das enfermeiras e técnicos de Enfermagem, o trabalho em equipe que realizam, assim como convivemos com as demais profissões que atuam na CM II.

Esta experiência tornou a elaboração e implementação deste trabalho possível e prazerosa, sendo que auxiliamos e fomos auxiliadas a compreender melhor a realidade da Enfermagem e as contribuições científicas dos artigos que nos deram suporte para estar junto com a equipe no seu dia-a-dia de cuidado. Além destes aspectos, nosso estudo reforçará um projeto da Unidade de desenvolver um protocolo de cuidados aos pacientes oncohematológicos, que, atualmente, está em

andamento e será a dissertação de uma das enfermeiras da unidade.

A análise dos artigos demonstra que existem publicações referentes à vivência da equipe de Enfermagem Oncológica, cuidados realizados, procedimentos importantes e estudos sobre a realidade do paciente oncológico, porém nossa pesquisa foi limitada ao procurarmos artigos sobre as dificuldades que a equipe de Enfermagem encontra ao realizar os cuidados prestados ao paciente oncológico em quimioterapia na literatura nacional.

Acreditamos ser de suma importância a realização desta revisão, pois a mesma deixou clara a falta de publicações sobre a temática. Essa escassez deve ser explicada devido a não relação da prática com a teoria, ou seja, os profissionais que atuam na prática dificilmente publicam suas realidades de trabalho.

Desta forma, concluímos que este trabalho irá auxiliar todos os profissionais de Enfermagem, atuantes na área oncológica, ou áreas afins, a evidenciar suas realidades laborais por meio de publicações, já que, desta maneira toda a classe irá ter embasamento para a elaboração de futuros projetos sobre este tema. Esperamos que este estudo possa favorecer a orientação e despertar nos profissionais da Enfermagem a inquietude para que pesquisem mais sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AVELLAR, Luiziane Zacché; IGLESIAS, Alexandre; VALVERDE, Priscila Fernandes. Sofrimento psíquico em trabalhadores de Enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a04.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

BURILLE, Andréia, et al. A quimioterapia e seus efeitos adversos: relatos de clientes oncológicos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 714-719, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16388/10868>>. Acesso em: 11 junho 2011.

CALIL, Ana Maria; PRADO, Cláudia. Ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 671-674, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/26.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

GANONG, L.H. Integrative Review of Nursing Research. **Res Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

MAIA, Priscilla Germano. **A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados à exposição a quimioterápicos antineoplásicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p
&nextAction=lnk&exprSearch=535883&indexSearch=ID> Acesso em: 11 junho 2011.

MENEZES, M. F. B.; CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na Enfermagem oncológica. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 442-447, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a20.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. Cuidar em Oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 677-685, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a11.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

QUEIROZ, Sylvia Gonzalez de. **Condições de trabalho e Saúde dos Enfermeiros em Oncologia**. Dissertação (Mestre em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15099&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 junho 2011.

REMEDY, Patrícia Pereira, et al. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira Enfermagem**, 62, n. 1, p. 107-112, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=505912&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 junho 2011.

SILVA, Marcele Miranda; MOREIRA, Marléa Chagas. Desafios à sistematização da assistência de Enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 483-90, 2010.. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>>. Acesso em: 11 junho 2011.

SÓRIA, Denise de Assis de Corrêa et.al. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 5, 702-706, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/17.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

WATERKEMPER R, Reibnitzks KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n1/a12v31n1.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya Schmidt; MONTICELLI, Marisa. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 334-349, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/26.pdf>> Acesso em: 11 junho 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na vivência com a equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica II do HU/UFSC, nos trouxe a certeza de que estes profissionais atuam doando o máximo de si. Ultrapassam as condições humanas para cuidar dos pacientes oncohematológicos e suas famílias com dignidade, competência, afetividade, respeito, ética e conhecimento técnico científico. Com eles, pudemos aprender a olhar e perceber as nuances que se expressam no cotidiano de cuidado, ao cuidar de pacientes que ora estão bem, e minutos depois deixam de ser pacientes de cuidados intermediários para semi-intensivos e até intensivos.

Diante dos limites tênues que há entre a vida e a morte, está à equipe de enfermagem, como trabalhar estes aspectos no cuidado de pessoas que ficam meses internados? Como deixar a família sem respostas? Como não segurar a mão no momento em que a morte se anuncia?

Assim é o dia-a-dia da equipe de enfermagem da clínica médica. Profissionais dedicados que buscam fazer o melhor. Mas, infelizmente, nem sempre conseguem realizar o cuidado aos pacientes oncohematológicos como gostariam. Há muitas dificuldades que os impedem em seguir este caminho com tranquilidade.

No encontro com a realidade, cremos que é possível deixarmos algumas contribuições para a Clínica Médica II HU/UFSC. São elas:

- Dimensionamento de pessoal para que a unidade possa ter condições de cuidar destes pacientes e suas famílias com tranquilidade, uma vez que a mesma deixa de ser cuidados intermediários para semi-intensivo e intensivo, conforme o estado de saúde e doença dos pacientes.
- Proteção nos momentos de administração dos quimioterápicos na unidade.
- Capacitações para a equipe a fim de fundamentar sua prática com as punções de sítios totalmente implantados.
- Construção de protocolo para que a unidade possa ter nortes teóricos para cuidar destes pacientes e suas famílias, mas não apenas com dados sobre medicações, infiltrações, etc. Porém com as habilidades necessárias para cada profissional atuar junto ao processo de viver e morrer dos pacientes oncohematológicos.
- Espaço para reflexão coletiva sobre os casos dos pacientes com os

profissionais que convivem mais com os pacientes que estão com prognóstico fechado.

- União com os gestores da instituição para a equipe sentir-se amparada em suas fragilidades humanas, com seu excesso de trabalho, desgaste emocional, e ansiedade por um cuidado de excelência.

Compartilhar do cotidiano da clínica médica II e da aprendizagem com a revisão integrativa proporcionou nosso crescimento pessoal e profissional e a certeza que fazer Enfermagem é muito mais que apenas gerenciar, é estar com. Compreender que a vida é tênue demais para que a deixemos escapar entre nossos dedos. Precisamos olhar para todos os ângulos que o cuidado de enfermagem interfere na vida das pessoas e como é importante ter humildade para reconhecer nossas fragilidades, e ainda assim não desanimar diante de desafios.

A enfermagem é uma profissão que exige ética, comprometimento e esforço, o que aprendemos na vivência e na leitura dos artigos. A interação com outros profissionais pode ser a chave para o crescimento de um grupo, pois não somos diferentes de quem cuidamos.

A vida é plena de valores e precisamos homenagear a isto todos os dias!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Elizabeth P. M.; FONSECA, Selma M. Cuidando do Paciente Oncológico in: BARBOSA, Dulce Aparecida; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Enfermagem Ambulatorial e hospitalar**. Barueri: Manole, 2010.

AVELLAR, Luiziane Zacché; IGLESIAS, Alexandre; VALVERDE, Priscila Fernandes. Sofrimento psíquico em trabalhadores de Enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a04.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

BITTENCOURT, Rosane I. et al. Leucemia mielóide aguda: o olhar dos anos 2000 no Serviço de Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto, v. 30, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v30n3/a08v30n3.pdf>. Acesso em: 22 junho 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home/>>. Acesso em: 13 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 10 junho 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Perguntas e respostas sobre transplante de medula óssea**. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=125>. Acesso em: 10 junho 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tratamento do câncer**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em: 12 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Fique atento!** Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=doencas.htm>>. Acesso em: 22 junho 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010.** incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=1> Acesso em: 14 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção e fatores de risco.** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 14 junho 2011.

_____. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 3 edição rev.ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Linfoma de Hodgkin.** Sintomas. 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_hodgkin/sintomas>. Acesso em: 24 junho 2011.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BURILLE, Andréia, et al. A quimioterapia e seus efeitos adversos: relatos de clientes oncológicos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 714-719, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16388/10868>>. Acesso em: 11 junho 2011.

CALIL, Ana Maria; PRADO, Cláudia. Ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 671-674, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/26.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

CARVALHO, Rodrigo M. **Cateteres para quimioterapia**. Disponível em: <<http://rodrigomotta.site.med.br/index.asp?PageName=Cat-E9teres-20em-20quimioterapia>>. Acesso em: 22 junho 2011.

CAZARIN, Gisele; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; MELO, Raul Antônio Moraes. Doenças hematológicas e situações de risco ambiental: a importância do registro para a vigilância epidemiológica. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(3): 380-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/08.pdf>. Acesso em 22/06/2011.

CAZZAMATTA, Márcio Correia et al. Invasão de medula óssea por linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B. relato de caso/ Bone marrow involvement in diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma. case report. **Rev Bras Clin Med.**, v. 8, n. 6, p. 549-550, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 293/04**. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem. Disponível em: <www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 10 junho 2011.

CUFFA et al. **Perspectivas e tratamentos para a cura do câncer no século XXI**. 2010. Disponível em: <www.dbi.uem.br/cancer.pdf>. Acessado em: 9 junho 2011.

DECAT, Cristiane Sant'Anna; ARAUJO, Tereza C. C. F. **Psico-oncologia**: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. p. 93-99, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/Psico-Oncologia%5B1%5D.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2011.

GANONG, L.H. Integrative Review of Nursing Research. **Res Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

MAIA, Priscilla Germano. **A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados á exposição a quimioterápicos antineoplásicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=535883&indexSearch=ID>> Acesso em: 11 junho 2011.

MENEZES, M. F. B.; CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temáticana Enfermagemoncológica. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 442-447, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a20.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. Cuidar em Oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 677-685, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a11.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

QUEIROZ, Sylvia Gonzalez de. **Condições de trabalho e Saúde dos Enfermeiros em Oncologia**. Dissertação (Mestre em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15099&indexSearch=ID> >. Acesso em: 11 junho 2011.

REMEDI, Patrícia Pereira, et al. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira Enfermagem**, 62, n. 1, p. 107-112, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=505912&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 junho 2011.

SILVA NETO, Marinho M.; JALIL, Emília M.; ARAUJO, Iguaracyra B. O.. Linfomas não-Hodgkin extranodais em Salvador-Bahia: aspectos clínicos e classificação histopatológica segundo a OMS-2001. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** [online]. 2008, vol.30, n.1, pp. 36-40. ISSN 1516-8484. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v30n1/a10v30n1.pdf>. Acesso em 20/06/2011.

SILVA, Carlos Roberto Lyra da; DENISE, Zanquetta; SHIRATORI, Kaneji; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. . Capítulo 5. Sistema Hematológico in: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, William César Alves. **Tratado prático de Enfermagem, volume 1.** – 2ed – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

SILVA, Grazielle C. da; PILGER, Diogo A.; CASTRO, Simone M. De, WAGNER, Sandrine C.. Diagnóstico laboratorial das leucemias mielóides agudas. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** [online]. 2006, vol.42, n.2, pp. 77-84. ISSN 1676-2444. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v42n2/a04v42n2.pdf>. Acesso em 22/06/2011.

SILVA, Marcele Miranda; MOREIRA, Marléa Chagas. Desafios á sistematização da assistênciadeEnfermagem em cuidadospaliativosoncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 483-90, 2010.. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>>. Acesso em: 11 junho 2011.

SÓRIA, Denise de Assis de Corrêa et.al. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 5, 702-706, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/17.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

SPECTOR, Nelson. Linfoma de Hodgkin: aspectos atuais. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** [online]. 2009, vol.31, suppl.2, pp. 3-6. ISSN 1516-8484. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31s2/a02v31s2.pdf>. Acesso em: 19/06/2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Teoria celular:** sonhos e realidade. Disponível em: <<http://www.ib.usp.br/microgene/files/biblioteca-20-PDF.pdf>>. Acesso em: 21 junho 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Rotinas para manipulação de cateteres vasculares centrais de longa permanência.** Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/especialidades/ccih/recomendacoes_cateter_vascular_longa.htm>. Acessado em: 20 junho 2011.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZKS, K.S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a12v31n1.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya Schmidt; MONTICELLI, Marisa. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 334-349, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/26.pdf>> Acesso em: 11 junho 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Tabela da Primeira Peneira

Nº DO ARTIGO	TÍTULO	TIPO DE ARTIGO	PÚBLICO E LOCAL	TEORIA OU MARCO CONCEITUAL	RESULTADOS	ANÁLISE	BASE DE DADOS
001	Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação	Estudo teórico Estudo qualitativo	Os dados foram obtidos por meio de entrevistas narrativas com cinco enfermeiras, dez doentes e familiares; grupo focal com as enfermeiras; dez entrevistas de admissão, feitas pelas enfermeiras, e 60 dias de observações. Hospital Dia	Grounded Theory	Os resultados apresentam a teoria de médio alcance construída, cuja natureza é constituída por dois componentes: “ <i>Processo de avaliação diagnóstica</i> ” – coleta de novos dados, reavaliação do processo e acompanhamento da prestação de cuidados e “ <i>Processo de intervenção terapêutica de enfermagem</i> ” – gestão simultânea de sentimentos e informação. Na teoria desenvolvida, o componente da dimensão relacional da experiência consiste num processo seqüencial em três fases: <i>Início, corpo e fim da relação</i> .	-----	BVS
002	A espirometria na avaliação pré e pós-transplante de medula óssea	Artigo original Estudo retrospectivo	Foram analisados os prontuários médicos de todos os pacientes submetidos a TMO no HC-UFG no período de julho de 1995 a janeiro de 2004.. Foram analisados retrospectivamente os resultados da espirometria em 120 pacientes, maiores de doze anos, de	-----	Dezesseis pacientes apresentaram alterações da espirometria antes do transplante, sendo 5% com obstrução pura, 5,8% com restrição pura e 2,5% com obstrução com redução da capacidade vital. Após o transplante 29 pacientes apresentaram alterações desses exames. A chance de alteração da espirometria foi maior nos pacientes com doença do enxerto contra o hospedeiro aguda ($p = 0,02$), idade menor que 30 anos ($p = 0,02$), sexo feminino ($p = 0,02$) e naqueles que receberam células tronco ($p = 0,01$).	As alterações detectadas na espirometria não foram capazes de prever a ocorrência de complicações pulmonares e óbito pós-transplantes. Também não foram determinantes para a não realização do	BVS

			ambos os sexos, e comparados com o tipo de transplante de medula óssea, doença de base, sorologia para citomegalovírus, fonte de células para o transplante, tabagismo, infecção pulmonar, doença pulmonar prévia, duração da doença hematológica, quimioterapia utilizada, regime de condicionamento, doença do enxerto contra o hospedeiro aguda e crônica e óbito.		As presenças de doença pulmonar prévia e doença do enxerto contra o hospedeiro crônica associaram-se com aumento da mortalidade. Alterações prévias da espirometria não estiveram relacionadas com o óbito pós-transplante.	procedimento. A espirometria simples realizada na avaliação desses pacientes parece ter pouca importância prática.	
003	Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem	Artigo de revisão	Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para pacientes portadoras de câncer ginecológico submetidas à quimioterapia.	-----	Atualização do protocolo de assistência de enfermagem a pacientes portadoras de câncer ginecológico submetidas a quimioterapia, existente na CGO do HE.	“Esperamos que o presente estudo possa contribuir para que os profissionais de enfermagem prestem uma assistência de melhor qualidade e com embasamento científico.”	BVS
004	Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa	Revisão integrativa	Publicações nacionais em enfermagem, de 1980 a 2004, sendo identificados 84 artigos que	-----	Os resultados apontaram a falta de esclarecimentos para demonstrar o rigor dos estudos nos artigos analisados.	“Sugerimos identificar prioridades de pesquisa, refinar estratégias de síntese de	BVS

			compuseram a amostra do estudo.			resultados de pesquisa, conduzir com rigor os estudos, respeitando-se as etapas do método científico e maior cuidado na elaboração dos relatórios encaminhados para publicação.”	
005	A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo	Artigo original Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.	39 pacientes oncológicos sem prognóstico de cura, submetidos à quimioterapia paliativa em uma instituição hospitalar privada da cidade de São Paulo, Brasil.		Dos discursos dos entrevistados emergiram quatro categorias. A comunicação interpessoal comprovou ser importante atributo do cuidado paliativo, evidenciando a atenção dada aos sinais não-verbais do profissional para o estabelecimento do vínculo de confiança, a necessidade da presença compassiva, o desejo de não focar a interação e o relacionamento apenas na doença e morte e a valorização da comunicação ver-bal alegre, que privilegia o otimismo e o bom humor.	O foco otimista, que valoriza os aspectos positivos da condição, utiliza o bom humor e promove uma atmosfera mais leve, alegre e agradável, pode mostrar-se uma alternativa para amenizar os problemas de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e pacientes em cuidados paliativos. Mesmo que não evidencie ser a alternativa mais apropriada,	BVS

						certamente tornará o trabalho da equipe de enfermagem mais feliz, prazeroso e fecundo.	
006	Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer	Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória	Hospital do Rio Grande do Sul. Participaram os sete profissionais de enfermagem que atuam na unidade de oncologia	Proposta metodológica de Minayo	<p>“O cuidado ao paciente oncológico ocorre de forma interacional, havendo troca mútua de idéias, emoções e sentimentos. Para os profissionais a ação de cuidar requer compreensão, atendimento humanizado e formação de vínculo entre equipe, pacientes e familiares.”</p> <p>“O contato com o paciente oncológico proporciona modificações nas atitudes e condutas frente às dificuldades e limitações, contribuindo para que os integrantes da equipe ampliem sua visão e percebam que há pessoas vivenciando maior sofrimento e mesmo assim continuam lutando para que a vida vença.”</p>	<p>“Entende-se ser relevante para a equipe de enfermagem que atua em unidades oncológicas, a criação de espaço que possibilite socializar situações vivenciadas no dia-a-dia, haja vista a carga emocional implícita, a qual necessita ser melhor compreendida, compartilhada e elaborada. Este espaço contribui para o extravasamento das emoções e sentimentos, preserva a saúde dos cuidadores e melhora a qualidade da assistência aos</p>	BVS

						pacientes. Lembrando que cada momento vivido no ato de cuidar em oncologia é unico.”	
007	Modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à assistência oncológica no sistema público de saúde	Artigo original	Dados de domínio público do Sistema Único de Saúde referentes à produção assistencial de janeiro de 2002 a janeiro de 2004 para cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia foram utilizados para estimar o número de casos de câncer no Estado de São Paulo. Os percentuais de cada procedimento terapêutico observados no Registro Hospitalar de Câncer foram combinados com os dados da produção assistencial para estimar um perfil de necessidade de serviço.	----- ----	O modelo estimou a necessidade de cirurgia para 52,5% dos casos de câncer, radioterapia para 42,7% e quimioterapia para 48,5%. Os modelos de mistura identificaram dois subgrupos de casos com tempo médio de utilização diferenciado para radioterapia e quatro subgrupos para quimioterapia. Com esses parâmetros, a infraestrutura estimada foi de: 147 salas de cirurgia, 2 653 leitos cirúrgicos, 297 poltronas de quimioterapia e 102 equipamentos de terapia por radiação. Essas estimativas indicam a necessidade de aumentar os serviços de quimioterapia em 1,2 e os serviços de radioterapia em 2,4 vezes em relação aos parâmetros de programação utilizados atualmente no sistema público de saúde	A utilização de modelos dessa natureza propicia uma melhor distribuição dos recursos em saúde, uma vez que toma como base a necessidade assistencial regional	BVS
008	Conhecimento de pacientes oncológicos sobre a quimioterapia	Estudo quantitativo e descritivo.	29 pacientes do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)	-----	Foi observado que somente 01(3,5%) paciente referiu os nomes das medicações. Quanto aos efeitos esperados, 12 (44,8%) dos	A disponibilização das informações necessárias por parte da equipe	BVS

			de um hospital de um município do Interior do Estado de Minas Gerais.		entrevistados afirmaram “Sara o câncer” e 07 entrevistados (24,1%), “Melhorar o problema”. Sobre a dosagem, 27 (93,1%) dos entrevistados não a conhecem.	de enfermagem, quando feita de forma clara e compreensiva para os pacientes, a família e cuidadores, pode favorecer a eficácia da terapêutica medicamentosa, bem como evitar o abandono do tratamento.	
009	Prevenção e tratamento da mucosite oral	Artigo de pesquisa	Revisão bibliográfica, no período de 1993 a 2007. analisados 38 artigos contendo definições, características e cuidados com mucosite oral.	-----	Os enfermeiros publicam pouco sobre a temática, apenas 13,1% das publicações encontradas. Verificou-se que a boa manutenção da higiene oral (39,4%) é a forma mais eficaz de prevenção. O tratamento que mais se destaca atualmente é o laser de baixa potência (21,0%), seguindo-se o gluconato de clorexidina a 0,12% (18,4%).	A mucosite requer participação ativa do enfermeiro atuando na assistência préterapêutica, prevenindo e preparando o paciente através de abordagem individualizada baseada em evidências.	BVS
010	Avaliação da qualidade de vida de paciente com câncer submetidos à quimioterapia	Artigo original	30 pacientes com câncer submetidos à quimioterapia no Centro Especializado de Oncologia (CEON) de Ribeirão Preto.	-----	“A pesquisa realizada retrata a realidade dos pacientes atendidos pelo SUS, qual seja, baixo nível de escolaridade e procedentes da região de Ribeirão Preto. É imprescindível que o enfermeiro avalie o paciente sistematicamente, estando atento aos sinais apresentados para que possa detectar mudanças na função	“Pesquisas adicionais de corte longitudinal dessa natureza, que identificam o nível de qualidade de vida do paciente com câncer e o impacto do	Scielo

					cognitiva, concordando com o estudo, que considera primordial à enfermagem assistir ao paciente tanto na dimensão biológica quanto na sua subjetividade. Observando os sinais que eles transmitem, com o estabelecimento de empatia e envolvimento emocional através de habilidades de comunicação.”	tratamento na sua vida diária, são necessárias, pois levantam os aspectos que necessitam de maior atenção quando se planeja a reabilitação física, mental e social desta população. Assim, considera-se que esta pesquisa subsidiará os profissionais de saúde no planejamento de suas ações.”	
011	Análise das Redes Interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia	Análise de redes sociais	Uma equipe de Enfermagem, que atua em unidade de hematologia de um hospital-escola na cidade de Fortaleza-CE. Foi realizado no ano de 2009, com 10 informantes chaves	-----	“A centralidade supõe uma posição mais favorável às oportunidades de intercâmbio e com menores restrições quando da distribuição de recursos. Transformar, entretanto, as oportunidades em apoio real é ato que guarda relação com as propriedades dos laços sociais; e que, de seu lado, recebem influências de fatores como: tempo de serviço e de permanência dentro da Unidade, característica do vínculo, estrutura hierárquica e não hierárquica, dentre outros. A rede social obedece a princípios reguladores da ação dos laços informais na produção de bem-estar: reciprocidade, obrigação, igualdade, autonomia. Expõem-se,	“Conhecendo as características que os atores podem assumir na relação com o outro em um grupo, um gestor pode empreender esforços para que essas relações se transformem a favor do próprio grupo. O estudo do relacionamento interpessoal pode, assim, ser empreendido no sentido de torná-lo har-	Scielo

					no entanto, igualmente, aos problemas decorrentes desses princípios”	mônico e prazeroso, permitindo um trabalho cooperativo, em equipe, com integração de esforços, conjugando energias, conhecimentos e experiências.”	
012	Um perfil da produção científica de enfermagem em Hematologia, Hemoterapia e Transplante de medula óssea	Artigo original Estudo exploratório transversal	Foram analisados os resumos dos trabalhos publicados em três periódicos nacionais, em dois anais de congressos nacionais e da Biblioteca Virtual em Saúde, BVS/BIREME.	-----	Do período 2000-2004, foram encontradas 88 publicações, a maior parte divulgada nos anais de congressos (n=73). As categorias que mais contribuíram foram docentes e discentes (n=40). Os trabalhos originaram-se principalmente no Sudeste (n=49) e predominam aqueles com abordagem quantitativa (n=29) e na área assistencial (n=51).	Apesar das limitações, acreditamos que esse trabalho poderá estimular a discussão sobre a produção e divulgação científica de enfermagem nessas áreas	Scielo
013	As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer	Estudo qualitativo e exploratório	Período de 2006-2007, numa instituição de saúde de Santa Catarina. Objetivou identificar os significados de conforto para enfermeiras e pessoas com diagnóstico de câncer. Participaram 24 sujeitos, pacientes jovens e adultos e enfermeiras.	Análise de conteúdo, proposta por Bardin	Os resultados apontaram para os seguintes significados de conforto: estar no lar, interação com familiares e amigos e estar sem dor para os jovens; saúde e carinho para os adultos; e equilíbrio físico, mental, emocional e bem-estar para as enfermeiras. O conforto assumiu diferentes significados, dependendo dos momentos vivenciados, tanto para a pessoa com câncer, como para as enfermeiras.	-----	BVS
014	Dialogando com Enfermeiros sobre a avaliação da dor oncológica no paciente sob	Relato de Experiência Reflexiva	Participaram 6 enfermeiras no totalizando 6 encontros distribuídos em 3	Arco da problematização de Juan Charles Maguerez.	Destacam que há necessidade de construir uma sistematização da avaliação da dor para que o enfermeiro possa reforçar a importância do seu controle,	A análise do diálogo empreendido evidenciou que, para as	Scielo

	cuidados paliativos.		momentos educativos. Realizado em um Hospital Público de Florianópolis. Em uma Unidade de cuidados paliativos de um hospital especializado em oncologia na cidade de Florianópolis.		fundamentar a prática, possibilitar o registro de informações, e educação continuada.	enfermeiras, somente dados mensuráveis e objetivos não são suficientes para avaliar a dor.	
015	Cuidados Paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura	Pesquisa bibliográfica	_____	_____	Observou-se a ausência de pesquisas baseadas em evidências que definam um panorama dos sintomas que afetem a qualidade de vida durante os cuidados paliativos, bem como a ausência de programas específicos para essa fase de transformações rápidas que, por si só, demandam esforços adaptativos.	_____	LILACS
016	Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia.	Revisão sistemática sem meta análise.	Foram encontrados 116 artigos e selecionados 5 artigos que abordam a resiliência vinculada a Enfermagem em Oncologia.	Não mencionado	Verificou-se uma lacuna na utilização do conceito na Enfermagem em Oncologia na América Latina, e incipiência nas produções internacionais.	Há necessidade do incremento da abordagem da resiliência nessa área e ampliação da discussão na temática.	SciELO
017	Desafios a sistematização da assistência de Enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade	Estudo não experimental, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e aporte qualitativo	Desenvolvido em um hospital público federal especializado em cuidados paliativos em oncologia localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil	Não mencionado	Para as Enfermeiras, além de déficit de recursos humanos e de conhecimento relacionado à temática, no contexto de atuação, as múltiplas e complexas dimensões de cuidados do cliente e da família confere maior complexidade ao processo de implantação da SAE, indicando que a mesma precisa ser estruturada a partir de referenciais dinâmicos e flexíveis, capazes de	Apresenta-se como um desafio, o que indica a necessidade de novas investigações para aprimoramento contínuo das práticas de enfermagem.	SciELO

					integrar os saberes disciplinares no reconhecimento como ser complexo.		
018	Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia	Estudo não experimental de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e aporte qualitativo.	Foi realizado no Centro de Transplante de Medula Óssea/CEMO, no Centro de Tratamento Intensivo adulto e no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica no Hospital do Câncer (HC) no município do Rio de Janeiro. Foi realizado com 68 Enfermeiros que trabalham há pelo menos dois anos em oncologia e que concordem em participar da pesquisa.	Não mencionado	As condições de trabalho podem interferir diretamente na saúde desses profissionais, haja vista que os problemas de saúde apontados pelos enfermeiros estão intimamente ligados ao cuidado por esses profissionais. Dos problemas provocados pelo trabalho, destacam-se: lesão por material perfuro-cortante (67%), estresse (52%), mudança de humor (50%), doenças de pele (46%), dores lombares (45%) e depressão (33%)	O estudo evidenciou que deve haver o empenho por parte da organização e da própria categoria para reivindicar melhores condições de trabalho com o objetivo de transformar o processo de trabalho, facilitando a realização das atividades relacionadas ao cuidar e da promoção da saúde do cuidador.	Bireme
019	Cuidar em Oncologia na perspectiva de Alfred Schutz	Entrevista	Foi realizado com enfermeiros oncológicos em seu cotidiano de trabalho. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Tratamento e Pesquisa da Fundação Antônio Prudente, também conhecido como Hospital do Câncer localizado na cidade	O referencial fenomenológico, fundamentado as idéias de Alfred Schutz	O estudo revelou que cuidar em oncologia implica em lidar com o humano em situação de fragilidade; requer uma relação de afetividade; é um cuidado que traz consigo a gênese do desgaste profissional	O Enfermeiro necessita buscar por estratégias que lhe possibilitem o enfrentamento de desgaste a que é submetido em seu trabalho	Scielo

			de São Paulo				
020	A quimioterapia e seus efeitos diversos: relatos de clientes oncológicos	Trata-se que uma pesquisa qualitativa, com uma abordagem exploratória e descritiva. Entrevista aberta com questões norteadoras	O cenário da pesquisa foi a Unidade de Oncologia, de um hospital da região sul do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 5 pacientes em tratamento quimioterápico	Não mencionado	Os entrevistados relataram que apresentaram efeitos adversos ao tratamento, alguns em maior, outros em menor intensidade. Mencionaram que possuem informações superficiais sobre a quimioterapia e seus efeitos. Referiram que usam medicação para amenizá-los, sendo que alguns se alto medicavam. Também destacaram a importância fé/religiosidade durante o tratamento.	Não mencionado	BVS
021	Importância da assistência de enfermagem no manejo de complicação relacionada ao cateter totalmente implantável	Relato de experiência	Paciente do sexo feminino, 30 anos, com diagnóstico de recaída de Leucemia Mielóide Aguda, submetida à implantação de cateter e que apresentou necrose na ferida cirúrgica	Não mencionado	Ficou claro que as complicações relacionadas a cateteres conferem um grande desafio à enfermagem oncológica além de determinarem atraso no tratamento oncológico. A correta tomada de decisão o quanto antes é de extrema importância e evita a retirada precoce do cateter.	Não mencionado	SciELO
022	Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia	Observação participante e entrevista semi estruturada	Técnicos de enfermagem do setor de oncologia de um hospital de Vitória - ES	Não mencionada	Indicam que esses fatores combinados contribuem para a criação de um ambiente de trabalho que se caracteriza como estressante e gerador de uma atmosfera emocional comprometida, evidenciando a necessidade de se criarem espaços onde se possa falar dos mais variados sentimentos que decorrem da rotina de trabalho e causam sofrimento psíquico.	Não mencionado	BVS
023	Ensino de oncologia na formação do enfermeiro	Artigo reflexivo	Não mencionado	Não mencionado	O desafio de reformular e/ou adequar currículos, metodologias de ensino, métodos de avaliação,	Criar um modelo educacional que não busque só a	SciELO

					relações interpessoais, enfim, o ensinar e o aprender.	reorientação do que se refere a aquisição de conhecimentos e os desenvolvimento das habilidades técnicas, mas que possibilite o exercício de habilidades sociais, de ações críticas e éticas, que nos impulsionem a rever paradigmas contextualizando com a sociedade contemporânea.	
024	“A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados à exposição a quimioterápicos antineoplásicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro”	Abordagem qualitativa que combinou-se com análise documental, observação das atividades da equipe (gerais e sistemáticas) , entrevistas	8 trabalhadores de enfermagem de um hospital público no estado do Rio de Janeiro	Foram utilizados referenciais teóricos e metodológicos da Ergonomia da atividade	Verificou-se que a realização de atendimentos simultâneos é uma característica central desta atividade, mas afeta a qualidade da assistência e a saúde/segurança dos trabalhadores em determinados momentos.	Foi possível detectar que as normas de biossegurança não são seguidas integralmente, devido a diversos fatores, a dificuldade gerada pelos diversos fatores, como: crença de que não há risco de exposição quando da utilização de sistema fechado, a dificuldade gerada pelas situações de	LILACS

						urgência, o “estranhamento” demonstrado por outros trabalhadores e a intenção de evitar constrangimentos para os pacientes.	
025	A fadiga relacionada ao câncer com temática na enfermagem oncológica.	Revisão bibliográfica narrativa.	_____	_____	Os dados coletados dos artigos mostram que a fadiga é caracterizada como um sentimento subjetivo de cansaço, podendo variar em grau de sensação de desconforto, de duração e de intensidade; astenia, letargia, exaustão, sensação de fraqueza, cansaço extremo, desmotivação, falta de energia.	Não mencionado	Scielo
026	Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de Enfermeiros.	Pesquisa qualitativa do tipo convergente Assistencial. Foi realizado na Unidade de Cuidados paliativos do Centro de Pesquisas Oncológicas “CEPON” no bairro do Centro, na cidade de Florianópolis, SC.	6 Enfermeiros	“Arco da problematização” de Juan Charles Maguerez. Participaram do estudo 6 enfermeiros.	Os resultados indicaram 3 categorias: o significado da dor, a forma de avaliação da dor praticadas pelas enfermeiras e as contribuições para o cuidado.	Trouxe reflexões realizadas sobre o cuidado de avaliar a dor de pacientes com câncer e em cuidados paliativos.	Scielo

APÊNDICE B - Tabela da Segunda Peneira

Nº DO ARTIGO	TÍTULO	TIPO DE ARTIGO	PÚBLICO E LOCAL	TEORIA OU MARCO CONCEITUAL	RESULTADOS	ANÁLISE	BASE DE DADOS
001	Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem	Artigo de revisão	Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para pacientes portadoras de câncer ginecológico submetidas à quimioterapia.	-----	Atualização do protocolo de assistência de enfermagem a pacientes portadoras de câncer ginecológico submetidas a quimioterapia, existente na CGO do HE.	“Esperamos que o presente estudo possa contribuir para que os profissionais de enfermagem prestem uma assistência de melhor qualidade e com embasamento científico.”	BVS

002	VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM CÂNCER	Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória	Hospital do Rio Grande do Sul. Participaram os sete profissionais de enfermagem que atuam na unidade de oncologia	Proposta metodológica de Minayo	“O cuidado ao paciente oncológico ocorre de forma interacional, havendo troca mútua de idéias, emoções e sentimentos. Para os profissionais a ação de cuidar requer compreensão, atendimento humanizado e formação de vínculo entre equipe, pacientes e familiares.” “O contato com o paciente oncológico proporciona modificações nas atitudes e condutas frente às dificuldades e limitações, contribuindo para que os integrantes da equipe ampliem sua visão e percebam que há pessoas vivenciando maior sofrimento e mesmo assim continuam lutando para que a vida vença.”	“Entende-se ser relevante para a equipe de enfermagem que atua em unidades oncológicas, a criação de espaço que possibilite socializar situações vivenciadas no dia- a-dia, haja vista a carga emocional implícita, a qual necessita ser melhor compreendida, compartilhada e elaborada. Este espaço contribui para o extravasamento das emoções e sentimentos, preserva a saúde dos cuidadores e melhora a qualidade da assistência aos pacientes. Lembrando que cada momento vivido no ato de cuidar em oncologia é único.”	BVS
-----	--	---	---	---------------------------------------	---	--	-----





003	Desafios a sistematização da assistência de Enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade	Estudo não experimental, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e aporte qualitativo	Desenvolvido em um hospital público federal especializado em cuidados paliativos em oncologia localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil	Não mencionado	Para as Enfermeiras, além de déficit de recursos humanos e de conhecimento relacionado à temática, no contexto de atuação, as múltiplas e complexas dimensões de cuidados do cliente e da família confere maior complexidade ao processo de implantação da SAE, indicando que a mesma precisa ser estruturada a partir de referenciais dinâmicos e flexíveis, capazes de integrar os saberes disciplinares no reconhecimento como ser complexo.	Apresenta-se como um desafio, o que indica a necessidade de novas investigações para aprimoramento contínuo das práticas de enfermagem.	SciELO
004	Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia	Estudo não experimental de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e aporte qualitativo.	Foi realizado no Centro de Transplante de Medula Óssea/CEMO, no Centro de Tratamento Intensivo adulto e no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica no Hospital do Câncer (HC) no município do Rio de Janeiro. Foi realizado com 68 Enfermeiros que trabalham há pelo menos dois anos em oncologia e que concordem em participar da pesquisa.	Não mencionado	As condições de trabalho podem interferir diretamente na saúde desses profissionais, haja vista que os problemas de saúde apontados pelos enfermeiros estão intimamente ligados ao cuidado por esses profissionais. Dos problemas provocados pelo trabalho, destacam-se: lesão por material perfuro-cortante (67%), estresse (52%), mudança de humor (50%), doenças de pele (46%), dores lombares (45%) e depressão (33%)	O estudo evidenciou que deve haver o empenho por parte da organização e da própria categoria para reivindicar melhores condições de trabalho com o objetivo de transformar o processo de trabalho, facilitando a realização das atividades relacionadas ao cuidar e da promoção da saúde do cuidador.	Bireme

005	Cuidar em Oncologia na perspectiva de Alfred Schutz	Entrevista	Foi realizado com enfermeiros oncológicos em seu cotidiano de trabalho. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Tratamento e Pesquisa da Fundação Antônio Prudente, também conhecido como Hospital do Câncer localizado na cidade de São Paulo	O referencial fenomenológico, fundamentado as idéias de Alfred Schutz	O estudo revelou que cuidar em oncologia implica em lidar com o humano em situação de fragilidade; requer uma relação de afetividade; é um cuidado que traz consigo a gênese do desgaste profissional	O Enfermeiro necessita buscar por estratégias que lhe possibilitem o enfrentamento de desgaste a que é submetido em seu trabalho	Scielo
006	Sufrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia	Observação participante e entrevista semi estruturada	Técnicos de enfermagem do setor de oncologia de um hospital de Vitória - ES	Não mencionada	Indicam que esses fatores combinados contribuem para a criação de um ambiente de trabalho que se caracteriza como estressante e gerador de uma atmosfera emocional comprometida, evidenciando a necessidade de se criarem espaços onde se possa falar dos mais variados sentimentos que decorrem da rotina de trabalho e causam sofrimento psíquico.	Não mencionado	BVS

007	“A atividade da equipe de enfermagem e os riscos relacionados à exposição a quimioterápicos no setor de oncologia de um hospital público do estado do Rio de Janeiro”	Abordagem qualitativa que combinou-se com análise documental , observação das atividades da equipe (gerais e sistemáticas), entrevistas	8 trabalhadores de enfermagem de um hospital público no estado do Rio de Janeiro	Foram utilizados referenciais teóricos e metodológicos da Ergonomia da atividade	Verificou-se que a realização de atendimentos simultâneos é uma característica central desta atividade, mas afeta a qualidade da assistência e a saúde/segurança dos trabalhadores em determinados momentos.	Foi possível detectar que as normas de biossegurança não são seguidas integralmente, devido a diversos fatores, a dificuldade gerada pelos diversos fatores, como: crença de que não há risco de exposição quando da utilização de sistema fechado, a dificuldade gerada pelas situações de urgência, o “estranhamento” demonstrado por outros trabalhadores e a intenção de evitar constrangimentos para os pacientes.	LILACS
-----	---	---	--	--	--	---	--------

ANEXOS

ANEXO A

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>UFSC CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS</p>  <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>  <p>UFSC</p>
<p align="center">DISCIPLINA NFR 4133 – Administração em Enfermagem e Saúde</p>	
<p align="center">PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA</p>	
<p>I. RECURSOS HUMANOS:</p> <p>Pesquisadores responsáveis: Msc. Adriana Luzardo (1), Mda. Gabriela Marcelino (2) e Mda. Mônica Motta Lino (3)</p> <p>Pesquisadores orientadores: Dra. Betina Schlindwein Hörner Meirelles (4) e Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (5)</p> <p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1, 2 e 3* - Avaliação do protocolo: 4 e 5 - Coleta de dados: 1, 2 e 3 - Seleção dos estudos: 1, 2 e 3 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 e 3 - Avaliação crítica dos estudos: 1, 2 e 3 - Síntese dos dados: 1, 2 e 3 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2 e 3 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 3 e 4 - Revisão final a partir de sugestões dos orientadores: 1, 2 e 3 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2, 3, 4 e 5 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>	
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: Dra. Vânia Marli Schubert Backes – Profª do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, com experiência em Revisão Integrativa de Literatura. E-mail: oivania@nfr.ufsc.br</p>	
<p>IV. RECURSOS MATERIAIS: Disponibilidade de computadores com acesso à internet na PEN/UFSC; 01 arquivo virtual (e-mail) da Revisão Integrativa de Literatura; 01 impressora a laser monocromática; 03 pen-drives; 04 resmas de folha A4; 05 canetas marcador texto; 05 Cds; 500 folhas/cotas de impressão na PEN/UFSC; recurso financeiro disponível para compra de materiais (referências) que não estão livres nas bases de dados.</p>	
<p>V. PERGUNTA: Quais metodologias de Planejamento em Enfermagem e Saúde no Brasil vêm se estruturando no que tange os modelos normativo, estratégico, participativo e operacional?</p>	
<p>VI. OBJETIVO: Realizar uma Revisão Integrativa de Literatura das pesquisas realizadas sobre ações, programas e/ou políticas de Planejamento em Saúde e Enfermagem, evidenciando e discutindo os conceitos de planejamento e o perfil do planejador/gestor, visando traçar um panorama e tendências do planejamento no Brasil.</p>	

VII. DESENHO DO ESTUDO: Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, de abordagem qualitativa.

VIII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo e também aqueles publicados em periódicos ou anais de eventos na forma completa.

IX. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

X. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada):

- **Descritores:** Administração e planejamento em saúde. Planejamento. Planejamento estratégico. Planejamento participativo.

- **Bases Eletrônicas de Dados:** Bireme/BVS.

- **Listar as referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse à Revisão Integrativa de Literatura.**

- **Período de busca:** Estudos publicados entre o ano 2000 e 2007.

XI. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo, denominada de *primeira peneira*. Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de *segunda peneira*.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong, que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados serão avaliados e discutidos conforme literatura.

XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO: Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados. A partir da síntese, poderão ser avaliadas as inclinações metodológicas de Planejamento em Enfermagem e Saúde nos resultados.

XV. CRONOGRAMA:

Atividade \ Período	2008			
	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaboração protocolo				
Validação protocolo				
Busca dos estudos				
Seleção dos estudos (1ª peneira)				
Organização dos estudos				
Avaliação crítica dos estudos (2ª peneira)				
Organização em tabelas				
Análise dos dados coletados				
Discussão e Conclusões				
Elaboração artigo Revisão Integrativa				
Apresentação do Artigo na Aula				
Encaminhamento do Artigo para periódico				